التشخيص والتقييم في الإرشــــاد

الدكتــور
أحمد عبد اللطيف أبو أسعد

الدكتــور
أحمد نــايل الغريــر






دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة



بسم الله الرحمن الرحيم

التشخيص والتقييم في الإرشـــاد

رقـــــم التصنيــــف 225,3

المؤلف ومن هو في حكمه: د. احمد عبد اللطيف ابو اسعد، احمد نايل الغرير

عنــــوان الكتـــــاب: التشخيص والتقييم في الارشاد

رقـــــم الايـــــداع : 2008/4/1272

الــواصفـــــــــات: /تشخيص//تقييم/

بيـــانـــات النـــشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى

2009 م - 1429 هـ



للنشر والتوزيع والطباعة

عمان-العبدلي-مقابل البنك العربي

هاتف:5627049 فاكس:5627059

عمان-ساحة الجامع الحسيني-سوق البتراء

هاتف:4640950 فاكس:4617640

ص.ب 7218 - عمان 11118 الأردن

www.massira.jo

التشخيص والتقييم في الإرشـــاد

الدكتـــور
أحمد عبد اللطيف أبو أسعد

الدكتـــور
أحمد نـــايل الغريـــر



المحتويات

المقدمة

الحمد لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد وآله وصحبه أجمعين وبعد...

يتناول الباب الأول مقدمة في التقييم والتشخيص في الإرشاد، والباب الثاني المشكلة النفسية ومجالات التعامل معها، والباب الثالث طرق وأدوات التشخيص المستخدمة في الإرشاد، والباب الرابع تشخيص المشكلات السلوكية والنفسية والتربوية.

المؤلفان

الباب الأول

مقدمة في التقييم والتشخيص في الإرشاد

الفصل الأول: التطور التاريخي لمفهوم القياس والتشخيص والتقييم

الفصل الثاني: تطور مفهوم الإرشاد وأهميته

الفصل الثالث: ما هو التقييم والتشخيص وعلاقته بالإرشاد

الفصل الرابع: مهارات المرشد في التقييم والتشخيص

الفصل الأول

التطور التاريخي لمفهوم التشخيص وارتباطه بمفاهيم القياس والتقييم

نبذه تاريخية:

اشتقت كلمة التشخيص لغويا من الشخصية وفي المعجم الوسيط تعني عين الشيء وميزه عن غيره ويقال شخص المشكلة أي حددها، والتشخيص بذلك يرتبط بشخصية الإنسان وهو يكشف خبايا وصفات وخصائص الشخصية بصورة دقيقة، من هنا كان لزاما على السيكولوجيين أن يتعمقوا في البحث حول هذه العملية ودراستها من كافة جوانبها، وهذا ما لم يقدم للباحث والقارئ العربي، إذ تكاد تخلو المكتبة العربية من موضوعات التشخيص النفسي تحديدا، وهذا ما دعا المؤلفان أن يقدما هذا الجهد المتواضع لسد النقص في هذا الموضوع الحيوي الهام في مجال الإرشاد النفسي وعلم النفس.

ظهر الاهتمام تاريخا بمصطلح وعملية التشخيص النفسي مع بدايات الاهتمام بالطب وخاصة الأمراض التي تصيب الإنسان، حيث يستمد التشخيص أصوله من علوم الطب المختلفة، ولم يقتصر التشخيص على جانب واحد بل امتد إلى كافة جوانب الشخصية جسديا ونفسيا واجتماعيا وانفعاليا، ويمكن العودة في نشأة هذه العملية إلى تاريخ الأطباء القدماء ومنذ أيام ابقرا ط وحضارات الصين والفراعنة والأفكار الواردة من السحرة والكهنة.

وبدأ التحول في بدايات انقرن التاسع عشر الميلادي في مرحلة إيجاد تصنيفات للإمراض التي تصيب الإنسان سواء كانت جسمية أو نفسية أو عقلية، وظهر من الأطباء الفرنسي جين شاركو JEAN CHARCOT والألماني أيميل كرابلين EMIL

KRAEPLIN والأخصائي النفسي بيير جانيه PIERRE JANET في محاولة منهم لتحديد خصائص الإمراض والاضطرابات النفسية والتي جميعها لم يكتب لها النجاح.

وبعد ذلك ظهرت الدراسات العلمية في مجال علم النفس والاهتمام بالسلوك والفروق الفردية، وكان العالم الإنجليزي فرانسيس جالتون FRANCIS GALTON الذي أجرى دراسته على شخصيات المشاهير والعظماء متبنيا ما يسمى علم نفس الفرد وعلم نفس الفارق، وجاء من بعده جيمس كاتل J. CATTELL مما شكل منعطفا هاما في مسيرة وضع الاختبارات النفسية والعقلية، مما شكل الأساس لقيام عملية القياس والتشخيص النفسي والتي من خلالها يتم وصف الحالات والكشف عن مشكلاتها واضطراباتها سواء من حيث الأسباب أو الأعراض أو المظاهر أو المؤشرات إضافة إلى التحديد وتصنيف والعلاج.

ومع بدايات القرن العشرين ظهرت مدارس جديدة وعلى رأسها مدرسة التحليل النفسي للعالم فرويد وظهرت اختبارات جديدة لأول مرة مثل اختبارات الذكاء والشخصية فيما بعد، مما أرسى قاعدة هامة في عملية التشخيص الإكلينيكي والدينامي والسكودينامي ومحاولة إعطاء الشخصية التي تواجه مشكلة أو اضطراب نوعا من الصورة الواضحة عن أعراضها ومؤشرات تدلل على حالتها ووصفها وتصنيفها وكذلك تأويل وتفسير شخصية المسترشد بصورة نهائية.

وتعد عملية التشخيص عملية جمع بيانات ومعلومات حول الفرد وتنظيم هذه المعلومات وتبويبها وتفسيرها واستنباط أفضل الطرق والوسائل للتعامل معها ومع الحالة في ضوء ما هو متوفر من معلومات ومؤشرات.

ويرى روتر ROTTER أن معنى التشخيص هو ذلك النشاط الذي يوظف فيه الأخصائي النفسي أو الإكلينيكي مهاراته وإمكانياته والأساليب المتاحة لكي يقوم بقياس الشخصية (الحالة) ووصفها وتقييمها وتشخيصها بكافة جوانبها الكيفية وغير الكيفية.

ويعرف التشخيص النفسي على انهْ تلك العملية التي يقوم بها الأخصائي النفسي، بجمع البيانات والمعلومات عن الحالة (الفرد) ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة متكاملة لشخصية هذه الحالة تتضمن وصف دقيق للقدرات الإمكانات والمشكلات التي يعاني منها وأسبابها ومؤشراتها بهدف تحديدها

ووضع تصور أو إستراتيجية علاجية وخطة عمل ملائمة وتتفق مع قدراته وتنفذ بالتعاون معه".

وقد تعددت وجهات النظر في التشخيص بين مؤيد ومعارض، ويشير Hansen بقولة" أن التشخيص هو عملية تجري في خبرات المرشد كما تجري في خبرات المسترشد، ويشتمل التشخيص تفهما للمسترشد وفروضا عملية لمشكلته تتغير ويتم مراجعتها وفقا لمتغيرات مختلفة وعوامل محيطه تظهر من المسترشد إثناء المقابلة أو من خارجه.

وكذلك أشار كل من Robinson إلى ضرورة تحليل المسترشد بهدف الوصول إلى تشخيص حول المشكلة، أما Patterson فأنه يرى أن التشخيص ليس ضروريا لأن كل سوء التوافق متشابه في مصدره وان أسلوب الإرشاد لا يعتمد على طبيعة أو محتوى الصراع.

وقد أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل التشخيصي تباعا والذي يرمز له ب DSM، ويشتمل على وصف للاضطرابات والإمراض النفسية والعقلية وتقسيماتها المختلفة، ويمكن للأخصائي النفسي الاستفادة منه في تشخيص العديد من الاضطرابات خاصة في طبعته الأخيرة.

ويرى المؤلفان أن استخدام روجرز وفكرته حول التشخيص في نظرية العلاج المتمركز حول الشخص مناسبة جدا في مجال الإرشاد النفسي حيث يستخدم Rogers التشخيص بالمفهوم التالي" أن العلاج بصورة دالة ودقيقة هو في الواقع تشخيص، والتشخيص هو عملية تجري في خبرات المسترشد أكثر من كونها في ذهن المرشد" وبذلك يمكن الوثوق في هذا الاتجاه وإجراء التشخيص في ضوءه.

أما من حيث ارتباط مفهوم التشخيص بمفاهيم أخرى مثل القياس measurement والتقييم assessment فيرى روتر ROTTER بأن المهمة الأولى الملقاة على عاتق الأخصائي النفسي أو السيكولوجي ترتبط بالقياس والتقييم، حيث أن الأخصائي النفسي يلتقي بالحالة ليتعرف عليها من حيث خصائصها بشكل مبدئي وذلك للكشف المبدئي عن القدرات والميول والإمكانيات والاستعدادات والاتجاهات

والقابلية للتعاون، حيث يركـز علـى القيـام بـإجراءات عمليـة اعتمـادا علـى أدوات مصممة خصيصا للكشف عن جوانب الحالة المختلفة والـذي يتضمـن قيـاس القـدرة الحالية بصورة واقعية وتقدير الكفاءة النفسية والسلوكية والعقلية وتقييم اثر المشكلات والظروف التي يمر فيها الفرد على قدراته وإمكانياته، وبذلك يكون القيـاس والتقييـم الخطوة الأولى والأساسية التي توصـل الأخصـائي إلى هدفـه وهـي تسـبق التشـخيص وبالتالي تتيح القيام بعملية التشخيص على أكمل وجه.

التقييم Assessment التقييم أو التقديـر مـن المصطلحـات الهامـة وذات قيمـة لارتباطه الوثيق بعمليـة التشـخيص والـذي انتشـر اسـتخدامه في السـنوات الأخـيرة بصورة واسعة وخاصة في مجال الإرشـاد النفسـي، وقـد ظـهر أول مـرة في الولايـات المتحدة الأمريكية عام 1948 خـلال إخضـاع الإفـراد إلى الخدمـة الخاصـة في الجيـش الأمريكي. ويرى sudburg1977 أن التقييم أو تقدير الشخصية يعني تكوين انطباعات وتصورات وجمع بيانات ونتـائج اختبـارات واتخـاذ قـرارات واختبـار فـروض حـول خصائص الشخص وتفاعل سـلوكه مـع عنـاصر البيئـة وبالتـالي الوصـول إلى تقييـم مشكلته problem Assessment من خلال مجموعة الإجراءات والأدوات الـتي تحـدد ملامح واضحة عن الحالة وبناء البرنامج المناسب لها.

أهداف التقييم:

يهدف التقييم إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- الحصول على بيانات واضحة تتعلق بالفرد والمشكلة وما يحيط بهما من ظروف.

2- جمع بيانات في بداية العمل لرسم خط البداية ومقارنته عند الانتهاء من الإرشاد.

3- التعرف على المتغيرات ذات العلاقة بالمشكلة.

4- التنبؤ بحالة المسترشد والتوقعات المستقبلية فيما يرتبط بحالته.

5- تعليم المسترشـد وتحفـيزه ومشـاركته بمـا يسـاعد في حـل المشـكلة وإسـهاماته في التخلص منها.

6- المساعدة في التخطيط للبرنامج الإرشادي المقدم للمسترشد في ضوء المعلومات المقدمة منه.

7- نوع من التغذية الراجعة التي تساعد في التخلص من المشكلة فيما بعد.

أهمية التشخيص وأهدافه:

تنبع أهمية التشخيص من كونه يرتبط بصورة عميقة في الإرشاد والاعتماد عليه في عملية الإرشاد النفسي تعطي أهمية كبيرة من خلال انه يوفر الوضوح للمشكلة التي تواجه المسترشد وما يحيط بالحالة من ظروف وخصائص، وكذلك تكمن أهمية التشخيص في كونه يساعد في تحديد الإستراتيجية الإرشادية التي تناسب المسترشد، إضافة إلى توفير المعلومات التي تبنى عليها أساليب الإرشاد والتعامل مع المسترشد والإطراف ذات العلاقة بتعليمه وتربيته..

ويشير (سعفان، 2005) إلى أن التشخيص يسعى إلى تحقيق الأهداف العلمية والعملية التالية:

1- تصنيف المشكلة وتحديد مجاله وإبعاده.

2- تحديد أعراض المشكلة وأسبابها.

3- التمييز بين الأعراض الرئيسية والأعراض المصاحبة.

4- تحديد خصائص المسترشد.

5- الكشف عن آثار المشكلة على المسترشد وعلى الآخرين.

6- الكشف عن ردود أفعال المسترشد للمشكلات التي يتعرض لها.

7- التنبؤ للمسار المحتمل للمشكلة.

8- تكوين فروض مناسبة وحاجة المشكلة إلى إرشادات أو برنامج إرشادي.

9- التخطيط لبرنامج إرشادي ملائم.

10- تحديد مدى تقدم المرشد في العملية الإرشادية.

وتشير (إيمان فوزي، 2001) إلى انه يمكن إجمال أهداف التشخيص النفسي في هدفين رئيسيين هما:

أولا: هدف معرفي ويعد بمثابة الخطوة الأولى الضرورية التي لا يمكن أن يتحقق الجانب العملي دون اكتمالها، ومن ناحية أخرى فأن عملية التشخيص النفسي لا يمكن أن تعتبر تشخيصا إذا اقتصرت على الوصف والتفسير دون وضع تصور للتطبيقات العملية في ضوء المعلومات النظرية المتوفرة .

ويتركز هدف السيكولوجي على المعنى والدلالة التي تنطوي عليها البيانات والمعلومات التي يجمعها عن الحالة، إلا إن غزارة المعلومات التي يجمعها السيكولوجي تكون مفيدة عندما يخضعها السيكولوجي الخبير لمعالجته التي يستنبط منها تشخيصه. والعملية التشخيصية تبدأ من الكثرة (كثرة البيانات والمعلومات) لا كهدف في حد ذاته، وإنما كنوع من الضمان لتغطية كافة جوانب الشخصية المطلوب تغطيتها. وينتهي الأمر باستنباط الدلالة والمعنى التي تنطوي عليها كثرة البيانات في أقل كم ممكن لتفسيرها.

ثانيا: هدف تطبيقي ويعني وضع إستراتيجية عامة تتضمن خططا جزئية قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة التي يتعامل معها السيكولوجي، ضمن التوصيات أو الأسلوب العلاجي المقترح وخطوات التنفيذ الفعلي والتي يجب أن توضح في التشخيص وتكون عملية مفيدة ومثمرة.

وكلما استطاع السيكولوجي تحقيق الهدف الأول بأكبر قدر من الدقة والثراء، كانت الخطة التي يرسمها أكثر قابلية للتنفيذ مع الحالة المعنية، وكانت فرص نجاحها وفاعليتها اكبر.

وهناك شروط خاصة لنجاح عملية التشخيص يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار هما:

1- أن يكون الهدف من عملية التشخيص واضحا ومحددا، لان ذلك يكون بمثابة الموجه والمنظم للأخصائي لاختيار الأسلوب الملائم للتعامل مع الحالة التي يتم

تشخيصها.، ولينتقي أفضل الفنيات والأدوات المناسبة للحالــة، والطـرق المناسـبة لتسجيل البيانات ومعالجتها وإصدار نتائجها.

2- أن يمتلك الأخصائي القائم بعملية التشخيص الكفــاءة العلميـة والخـبرة والمعرفـة النظرية والتطبيقية وان يمتلك الصفات الشخصية التي تؤهله للاندماج مع الحالة.

3- اسـتعداد الحالـة التـام للاسـتجابة لعمليـة التشـخيص والاسـتجابة مـع الأدوات والاختبارات التي تطبق عليه، وفيما إذا سارت الحالة عكس ما هو مرسوم لها، فأن ذلك قد يؤدي إلى فشل التشخيص وبالتالي ضياع الوقت والجهد.

الفصل الثاني

تطور مفهوم الإرشاد النفسي ومكوناته

تعتبر كلمة الإرشاد من المصطلحات الجامعة والمتعددة الأوجه، فقد وردت في الكتب السماوية وعلوم اللغة ولها مدلولات ومعاني عديدة أهمها (الصلاح والهداية والاستدلال وإدارة الأحوال والمساعدة...) والتي أشارت إليها (أبو عيطه،1988) وكلمة أو مصطلح الإرشاد Counseling كما شار إليها Ray Woolfe التي هي مدار بحثنا في هذا الكتاب والواردة في قاموس اللغة الإنجليزية فتستخدم في مجال الإرشاد النفسي والتي تعني تلك المعلومات والبيانات ونتائج الاختبارات التي تجمع عن الحالة من خلال علاقة بين متخصص (المرشد النفسي) وشخص(المسترشد) تقدم فيه مساعدة لموقف أو مواقف مختلفة تعليمية أو مهنية أو شخصية أو اجتماعية.

وتعود بدايات الاهتمام في الإرشاد النفسي إلى العالم الإسباني John Huart والذي ركز في كتاباته في التوجيه المهني على ضرورة اكتشاف القدرات والميول لدى الفرد، وكذلك العالم Frank Parsons والذي انشأ أول مكتب مهني للمساعدة في الاختيار المهني للمهن، وجاء بعده العالم Truman Kelley الذي حدد ملامح التوجيه التربوي لمساعدة المتعلمين في اختيار المقررات وتصنيفه عليها في المدارس وإمكانية النجاح فيها.

وجاءت جهود العالم Carl Rogers في كتابه الإرشاد والعلاج النفسي عام 1942 تتويجا لنمو الاتجاه نحو الإرشاد النفسي والذي أسس كعلم يدرس في الجامعات الأمريكية منذ بدايات عام 1951، وتباعا صدرت العديد من المجلات الإرشادية والجمعيات الخاصة بالمرشدين النفسيين وفتح أقسام متخصصة في الإرشاد النفسي في العديد من الجامعات الغربية على مختلف المستويات البكالوريوس والماجستير والدكتوراه، ومع بدايات العقد السابع من القرن العشرين شهد ميدان الرشاد النفسي

تطورات كبيرة جدا واخذ دوره في اتساع ووضعت قوانين ودساتير في بريطانيا والسويد والولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا حول مهنة الإرشاد النفسي واعتبارها من المهن المساعدة للإفراد والجماعات والمؤسسات.

وانتقل علم الإرشاد النفسي إلى بقية دول العلم حيث كانت مصر والأردن والعراق من الدول السباقة في هذا المجال وركزت على تخريج الأخصائيين النفسيين وفتح المراكز المتخصصة في الإرشاد النفسي وممارسة المهنة ضمن تشريعات مناسبة، وتعتبر مراكز مثل مركز الإرشاد النفسي في جامعة عين شمس من المراكز الريادية في الإرشاد النفسي إضافة إلى مراكز الإرشاد في العديد من الجامعات العربية.

ويتكون الإرشاد النفسي من عناصر عديدة أهمها: المرشد النفسي والمسترشد والعملية الإرشادية وبيئة الإرشاد.

اولا: المرشد النفسي: Counselor

هو ذلك الشخص المتخصص المؤهل والمدرب تدريبا جيدا على ممارسة مهنة الإرشاد النفسي ضمن أهدافها وبرامجها وخطواته ويتمتع بالمهارات والخصائص التي تميزه بشكل أفضل، واهم تلك الخصائص الذكاء والانفتاح والتقبل والاتزان والاستقرار والهدوء وإدارة الحوار والنقاش والنشاط والحيوية والالتزام الأخلاقي والصدق والأمانة وإتقان فنيات ومهارات العملية الإرشادية وغيرها من المهارات التي سآتي على ذكرها في دور المرشد الفصل الخامس.

ثانيا: المسترشد Counselee:

هو ذلك الشخص الذي لديه مشكلة ويطلب خدمات الإرشاد النفسي لحلها من خلال علاقة إرشادية هادفة ومخطط لها والذي ينظر إليه كوحدة واحدة متكاملة والمحيطين به من اجل مساعدته وتخليصه من المشكلات التي تواجهه.

ثالثا: العملية الإرشادية: Counseling Process:

تلك الخطوات الإجرائية المتسلسلة والمتابعة والتي من خلالها يتم تقديم معارف ومهارات وأنشطة وإجراءات وبرامج الإرشاد النفسي من المرشد النفسي إلى المسترشد

ضمن إطار العمل المتفق عليه ومراحل عمل منظمة، وقد وردت العديد من النماذج والمداخل التي تحدد إطار العملية الإرشادية التي يمكن وصفها بالخطوات التالية: تحديد المشكلة، جمع المعلومات، تعريف المشكلة، وضع خطة العلاج وتنفيذها، اختيار بدائل الحل، التقييم والمتابعة.

رابعا: البيئة الإرشادية

أن الأدوات المتوفرة من اختبارات ومتعلقات خاصة بالعمل الإرشادي والأجهزة والأدوات للتسجيل والتصوير والاستماع والكراسي والأريكة المريحة والغرفة المناسبة لإجراءات الإرشاد والابتعاد عن الضوضاء والضجيج وتوفر الشروط المناسبة للصحة وتوفر الحد الأدنى من المستلزمات التي يمكن للمرشد من أن يؤدي عمله على أفضل وجه ما هي إلا حاجات لا بد من توفيره لتكتمل عناصر الإرشاد النفسي وتؤدى بشكل متكامل.

أهداف الإرشاد النفسي:

يقوم الإرشاد النفسي على مجموعة من الأسس الهامة والتي تتمثل في ثبات السلوك الإنساني والمرونة وقبول التعديل والتي في ضوئها يتم إجراء التغيير أو التعديل في السلوك، وان لكل مشكلة ظروفها وأسبابها وسبل علاجها ومن الأسس التي تقوم عليها عملية الإرشاد النفسي مهارات وقدرات المرشد وسمات ودافعية واستجابات المسترشد. وبذلك وفي ضوء تلك الأسس فأن الإرشاد النفسي يحقق عدد من الأهداف العامة مثل تحقيق الذات من خلال زيادة الثقة بالذات والإيجابية والتفاؤل والأمل في المستقبل، كذلك تحسين عملية التعلم من خلال توفير جو مناسب للتعلم والدافعية للتعلم وتعديل السلوك المضطرب، إضافة إلى تحقيق الجانب الهام من التكيف الشخصي والاجتماعي والمهني والوظيفي وبالتالي توازن الفرد وتحقيق الصحة النفسية له بشكل مناسب، من هنا يمكن تحقيق جانب من الأهداف الخاصة التي ترتبط بالمشكلة مباشر فيصبح لكل مشكلة أسبابها وأهدافها الفرعية التي يسعى المرشد والمسترشد لتحقيقها.

الفصل الثالث

العلاقة بين التشخيص والإرشاد

سبق وان أشرنا إلى مفهومي التشخيص والإرشاد النفسي وتم تحديد كل منهما على ضوء السؤال المطروح هنا، هل ثمة علاقة بين المصطلحين؟ وأيهما الأهم التشخيص أم الإرشاد النفسي أم أن الاثنين يكملان بعضهما ولا غنى للواحد عن الأخر. في الحقيقة أن التشخيص يدخل في صميم عملية الإرشاد النفسي وهو علم وفن وكما سبق ذكره فالتشخيص يركز على جمع المعلومات والبيانات حول المسترشد ويقوم المختص بتصنيف وتبويب وتفسير وتحليل ومناقشة النتائج، وعادة ما يتم التشخيص في ضوء نتائج الاختبارات النفسية ودراسة الحالة والمقابلة والملاحظة وغيرها من الأدوات التي تمكن من الحصول على اكبر قدر من ظروف المشكلة لدى المسترشد.

من هنا نلاحظ العلاقة منذ البداية بأن التشخيص هو الأساس لقيام الإرشاد النفسي بأداء دوره وهو المحرك للعمل في مبدأ الإرشاد النفسي، إذا فلا إرشاد نفسي يدون تشخيص ولن تكون هناك عملية تشخيص إذا لم يعقبها عمل إرشاد نفسي، ونلاحظ مدى العلاقة الإيجابية بين الإرشاد النفسي والتشخيص والعكس صحيح.

أما الأمر الآخر فهو قوة الرابط بين التشخيص والإرشاد، فالتشخيص يؤدي إلى الإرشاد النفسي من خلال تحديد المشكلة وتصنيف الحالة بشكل دقيق حتى يكون الإرشاد النفسي مناسبا للمشكلة ويعطي الحل الواقعي والعلاج المناسب.

وهناك نقطة هامة تجعل العلاقة مناسبة وقوية بين التشخيص والإرشاد النفسي في أن كلا منهما يقوم على أسس علمية وجاء في ضوء مرجعيات علمية ونظريات ووفق معايير عمل مقننة ودولية ونتائج بحوث ودراسات تجريبية.

الفصل الرابع

مهارات المرشد النفسي في التقييم والتشخيص

المرشد هو الشخص الذي يقدم المساعدة في الموقف الإرشادي وتعددت الأماكن التي يعمل بها المرشد ويقدم مساعدته لمن ينتسب إليها، فهو يعمل في المؤسسات التعليمية وإرشاد العائلات والأزواج في مؤسسات الخدمات الاجتماعية، ويقدم المساعدة للمرضى ويقدم خدماته لكل من يطلب المساعدة . وعمل المرشد مع كافة القطاعات يتطلب توافر مواصفات ومهارات محددة تجعله قادرا على المساعدة.

وتشير الأدبيات المتعلقة بمواصفات المرشد إلى مجموعة كبيرة من الصفات وهي صفات من الكثرة يندر توافرها في شخص بعينة.

دور المرشد النفسي في عمليتي التقييم والتشخيص:

يلعب المرشد النفسي في الإرشاد النفسي دورا أساسيا في هاتين العمليتين وذلك من خلال ما يلي:

1- يقوم بجمع كافة البيانات والمعلومات عن المسترشد وتبويبها وتوصيفها بصورة واضحة.

2- معرفة نوع المعلومات وكيفية الحصول عليها ووضعها في صورة لها معنى.

3- ربط التقييم والتشخيص بالنماذج والمداخل التي تستخدم في الإرشاد النفسي.

4- تهيئة المسترشد لعملية التشخيص وإقناعه والتأكيد عليه بأهمية التشخيص لحل المشكلة.

5- الحصول على الموافقات من المسترشد أو من يقوم بمتابعته والإشراف عليه أو تعليمه.

6- القيام بتشخيص المشكلة وتصويرها بشكل واضح واقتراح الحل المناسب لها.

والأدوار والوظائف والمهارات التي يقوم بها المرشد تتمثل في:

أ- **المتغير الأكاديمي**: يعتبر شرطا أساسيا لمزاولة مهنة الإرشاد.

ب- **المتغير المهني**: ويعني امتلاكه للقدرات التي تساعده في أداء وظائفه المهنية وما يرتبط بها من إجراءات ومتطلبات.

ت- **المتغيرات الشخصية**: التي تجعل منه شخصا متوافقا نفسيا مما يمكنه من بناء علاقات مهنية فعالة مع المسترشدين.

المميزات اللازمة لنجاح العملية الإرشادية:

1- الخلفية الثقافية الواسعة التي تساعده في أن يفهم الناس الذين يعملون معه.

2- أن يقدر قيم الآخرين وآرائهم.

3- أن يتكيف مع التغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والعلمية.

4- أن يستخدم الأساليب الإرشادية بشكل فعال.

5- القدرة والمهارة في إقامة العلاقات الإنسانية.

الصفات اللازم توفرها في المرشدين والتي قسمت إلى فئتين :

أولا: الصفات الشخصية للمرشد النفسي :

أ- القدرة على التعاون مع الآخرين.

ب- روح المرح والحماسة والثقة في تحسين مستوى السلوك الإنساني.

ت- القدرة على الإيحاء بالثقة وتنمية العلاقات الطيبة.

ث- القدرة على المرونة والتوافق الشخصي الناضج.

ج- القدرة على الاحتفاظ بالموضوعية في إطار العلاقات الإنسانية.

ح- القدرة على الحكم الصادق السليم.

خ- الاستعداد للعمل خارج إطار ما تملية علية واجباته.

د- الفهم المتعمق والاهتمام بالمشكلات الخاصة مع إدراك الظروف الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع.

ثانيا: الاهتمامات:

أ-الاهتمام الحقيقي بمشكلات التكيف الخاصة بالشباب.

ب- القدرة على تنمية الشعور بالرضا.

ت- احترام كيان الفرد وشخصيته والتحرر من التحيز.

ث- الاعتراف بمبدأ الفروق الفردية وتقبله.

ج- القدرة على فهم الذات وتقبلها بالقدر الذي يحرره.

ح- الاعتراف بنواحي القصور.

خ- الاعتراف بحق المسترشد في أن يتخذ قراراته بنفسه.

د- الاتجاه الموضوعي الناضج نحو الطلبة وهيئة التدريس وأولياء الأمور.

- حددت الجمعية الأمريكية للتربية والإشراف عام 1984م بعض الصفات التي يجب أن تتوفر في المرشد:

1- الإيمان بقدرة كل فرد على تغيير نفسه بنفسه.

2- الإيمان بالقيم الإنسانية عند المسترشد.

3- القدرة على تقبل الغير.

4- امتلاك قدرة عقلية متفتحة.

5- القدرة على فهم ذاته وفهم الآخرين.

6- الأمانة والالتزام المهني والعلمي.

- حددت وزارة التربية والتعليم في الأردن سمات المرشد وهي:

1- القدرة على فهم الأفراد من حيث تفهم الاتجاهات والقيم السائدة في المجتمع.

2- القدرة على فهم السلوك الإنساني من حيث ارتباط هذا السلوك لنمو الشخصية المتكاملة.

3- القدرة على فهم المجتمع ومؤسساته من حيث معرفة فرص العمل والاستخدام وارتباطها بحاجات الأفراد.

4- القدرة على ممارسة الخدمات الإرشادية وملاءمتها لكل متعلم.

5- القدرة على تحمل المسؤولية والقيادة والتعاون من اجل مساعدة الآخرين وخدمتهم.

المعايير الأخلاقية عند مرشدين المدارس:

وضعت الرابطة الأمريكية لمرشدي المدارس الأمريكية المعايير الأخلاقية و المبادئ الأساسية في العملية الإرشادية يؤمن بها مرشدو المدارس ومنها انبثقت مسؤولياتهم المهنية وهذه المبادئ هي :

1- لكل شخص الحق في الاحترام والتقدير كانسان وفي الحصول على الخدمات الإرشادية بغض النظر عن شخصه وعمره وسماته.

2- لكل شخص الحق في توجيه نفسه وفي النمو.

3- لكل شخص الحق في اختيار أهدافه ويتحمل مسؤولية تحقيقها.

4- لكل شخص الحق في السرية ولكن عليه أن يتوقع خضوع العلاقة بينه وبين المرشد لجميع القوانين والسياسات والمعايير الأخلاقية.

وقد حددت الرابطة مبادئ السلوك الأخلاقي اللازم لضبط أعلى معايير الاستقامة والكمال والقيادة لأعضائها والمحافظة على هذه المبادئ، ولتوضيح طبيعة المسؤوليات الأخلاقية المنوط بها وهذه المسؤوليات هي :

أولاً: مسؤوليات المرشد نحو الطلبة منها:

- يلتزم بمساعدة الطالب الذي يجب أن يعامل باحترام كشخص متفرد سواء قدمت هذه المساعدة بشكل فردي وجماعي.
- الاهتمام بجميع حاجات الطالب التربوية والمهنية والشخصية والاجتماعية.

- المرشد مسئولا عن المحافظة على القوانين المرتبطة بالطلبة وعليه بذل جهده لحماية حقوق الطلبة.
- يقوم بالحالة المناسبة للمسترشد عندما تصبح المساعدة المقدمة له غير كافية.
- يحافظ على سرية سجلات الطالب ولا يكشف عن البيانات الشخصية للطالب.
- يحافظ على سرية البيانات التي جمعها عن الطالب إثناء العلاقة الإرشادية.
- يقوم بإبلاغ السلطات عندما تدل أحوال المسترشد أن هناك خطرا واضحا ووشيكا يمكن أن يقع عليه.
- يقدر فوائد الاستعمالات المناسبة للكمبيوتر ويعرف حدود تكنولوجيا الكمبيوتر.

ثانيا: مسئوليات مرشدي المدارس نحو الوالدين :

1- يحترم حقوق الوالدين ومسؤولياتهم عن أطفالهم ويحاول أن يقيم علاقته مع الآباء.

2- يعلم الآباء بدور المرشد مع التأكيد على أهمية الثقة التي تتسم بها العلاقة بين المرشد والمسترشد.

3- تزويد الوالدين بالمعلومات الدقيقة والمناسبة بطريقة موضوعية وبعناية.

4- يتعامل مع المعلومات التي حصل عليها من الوالدين بثقة وطريقة مناسبة.

5- يتبادل المعلومات حول المسترشد فقط مع الأشخاص الذين لهم صلاحية كاملة لتلقي تلك المعلومات.

6- يلتزم بالقوانين المحلية حينما يساعد الوالدين في الإحساس والصعوبات العائلية.

ثالثا: مسئوليات المرشد نحو المدرسة والمجتمع المحلي :

1- يدعم البرنامج التربوي ويحميه من أي انتهاك.

2- إخبار الموظفين المختصين بالظروف التي يمكن أن تعوق المدرسة عن أداء رسالتها.

3- يخطط ويعمل من اجل الارتقاء بدور المرشد ووظيفته.

4- يساعد في تطوير المنهاج والظروف البيئية المناسبة للمدرسة والإجراءات التعليمية والبرامج التي تلبي حاجات الطالب وعملية تقويم منظمة لبرامج الإرشاد والتوجيه

5- التعاون المثمر والتنسيق مع الوكالات والمنظمات والأفراد في المدرسة والمجتمع المحلي.

رابعا: مسئوليات المرشد نحو نفسه:

1- يعمل ضمن حدود اختصاصه المهني ويتحمل مسئولية نتائج عمله.
2- يدرك الآثار المحتملة لصفاته الشخصية على خدماته للمسترشدين.
3- يراجع عمله وفعاليته ويبتعد عن أي نشاط غير مناسب.
4- يبذل جهده للدفاع عن الاختصاص المهني ويسعى للتجديدات في المهنة.
5- يعرف الفروق بين المسترشدون المرتبطون بالعمر والجنس والدين والمستوى الاقتصادي والاجتماعي.

خامسا: مسئوليات المرشد نحو المهنة :

1- يعمل بطريقة مميزة تعود بالفائدة عليه وعلى المهنة.
2- يقوم بعمل أبحاث وتقارير بطريقة تتفق مع الطرق المقبولة في التربية وعلم النفس وعند استخدام بيانات المسترشدين بهدف البحث والإحصاء أو لتخطيط البرنامج.
3- يشترك بفعالية في الجمعيات المحلية والإقليمية والدولية مما يعزز نمو وتطور الإرشاد النفسي المدرسي.
4- يلتزم بالمعايير الأخلاقية للمهنة وبغيرها من السياسات الرسمية التي تتعلق بالإرشاد وبما وضعته الدولة.
5- يساعد في تقدم المهنة من خلال تبادل المهارات والأفكار والخبرات مع زملائه.

وقد حدد (الغرير، 2006) صفات ومهارات المرشد الفعال كما يلي:

مقياس تقدير مهارات المرشد النفسي /إعداد د. احمد الغرير2006

رقم	السمة/ المهارة	4	3	2	1
1	المحافظة على الأسرار				
2	الصبر				
3	قدرتي على حل المشكلات				
4	النضج الانفعالي				
5	قدرتي على ضبط نفسي				
6	الصدق				
7	قدرتي على اتخاذ القرارات				
8	قدرتي على التعبير				
9	الدقة والترتيب				
10	احترام مشاعر الآخرين				
11	الثقة بالنفس				
12	قدرتي على التأثير والإقناع				
13	تقبل المسترشد كما هو				
14	احترام المسترشد وتقديره				
15	قدرتي على الإصغاء والتواصل مع المسترشد				
16	قدرتي على إدارة حوار بناء مع المسترشد				
17	قدرتي على ملاحظة السلوك والتعبيرات لدى المسترشد				
18	قدرتي على مواجهة المواقف الطارئة إثناء الإرشاد				
19	قدرتي على تشخيص وتحليل وتفسير مشكلة المسترشد				
20	إعداد الأهداف الخاصة للمسترشد وتقويمها باستمرار				
21	قدرتي على استخدام الأساليب الإرشادية المختلفة				
22	قدرتي على إنهاء العملية الإرشادية مع الحالة				
23	الانفتاح على العالم وسعة الأفق والاطلاع				
24	استعدادي والتزامي المهني والوظيفي				
25	قدرتي على استخدام الأجهزة التكون بصرية والسمعية				

معايير التصحيح:

الحد الأدنى للدرجة على المقياس 25 والحد الأعلى 100.

1- حصولك على درجة تتراوح بين 80-99 يعني بأنك مرشد ذا كفاءة عالية.

2- حصولك على درجة تتراوح بين 60-79 يعني بأنك مرشد ذو كفاءة متوسطة وتحتاج تدريب.

3- حصولك على درجة بين 40- 59 يعني بأنك مرشد ذو كفاءة بسيطة وبحاجة إلى تدريب مكثف.

4- حصولك على درجة تتراوح بين 25-39 يعني بأنك مرشد ضعيف وبحاجة إلى أعاده تأهيل وتدريب.

الباب الثاني

المشكلة النفسية ومجالات التعامل معها



الفصل الأول: تعريف المشكلة والعوامل المؤثرة في حدوثها

الفصل الأول

تعريف المشكلة والعوامل المؤثرة في حدوثها

هناك العديد من التعاريف لمفهوم المشـكلة Problem ، فالمشـكلة كمـا عرفـها (سميث) (Smith) حسبما ذكرت أمل التل بأنها : موقف يسعى فيه الفرد للبحث عن وسائل فعالة للتغلب على عائق أو عوائق تحول دون الوصول لهدف ذي قيمة .

المشكلة حسب درجة ظهورها



بارزة

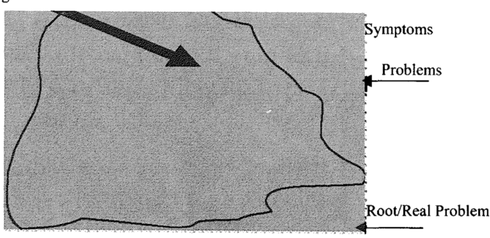


خفية



كامنة

يمكن تشبيه عملية تشخيص المشكلة بظاهرة جبل الجليد



جمع معلومات عن المشكلة

1- تحديد المشكلة بدقة

أسئلة مهمة عند تحديد المشكلات: ما مدى حدّة المشكلة وصعوبتها ؟ ماذا عن تكرار حدوث المشكلة؟ ما مدى أهميّة المشكلة ؟ وبالإجابة الصريحة على هذه الأسئلة تتحدد طريقة التعامل مع المشكلات.

أخطاء في تحديد المشكلات:

- تجميع المشاكل الصغيرة كمشكلة كبيرة واحدة : فمن الحكمة تحجيم العدو وليس تضخيمه.
- الاعتماد على المشاعر دون الحقائق.
- القفز مباشرة إلى الأسباب والحلول.
- الاختلاف حول معيار الأداء القياسي: ومن أسباب ذلك غياب التخطيط أو ضعفه.
- التركيز على الأسباب الخارجية فقط.
- إغفال مشاركة المستويات الإدارية القريبة من تنفيذ العمل.

2- تعريف المشكلات

أسلوب كبنر- تريجو لتحديد وتعريف المشكلات:

ما هي المشكلة ؟ أين المشكلة ؟ ما هي السمات المميزة للمشكلة ؟ ماذا ومن تعني المشكلة ؟ متى حدثت / تحدث المشكلة ؟ ما الذي يبقى ثابتاً ؟ وما الذي يختلف؟ هل المشكلة تكبر أم تصغر ؟ ما هو الشيء المميز عند تغير حجمها ؟ ما هو الوضع الطبيعي ؟ أين الوضع الطبيعي ؟ ما هي السمات المميزة للوضع الطبيعي ؟ ماذا ومن لا تعنيه المشكلة ؟ متى لا تحدث.

3- وضع بدائل للمشكلة

يجب التركيز على البدائل التي تحقق ما يلي:

أ - الحد من الأضرار.

ب - تفادي الإضرار بجوانب أخرى من خطة العمل.

ج - جدوى مقبولة في إطار الموارد المتاحة.

فالحل المناسب:

أ - يحقق القدر الأدنى من النتائج المطلوبة؛

ب - ألا يتطلب الحل تكاليف أو موارد أكثر من المتوفر

4- التنفيذ للحلول

العوامل المعرقلة لطريقة حل المشكلات..

توجد عوامل عديدة تعرقل الوصول إلى الحل المناسب للمشكلة وتؤدي إلى استجابات غير ملائمة ولعل من أهمها العوامل التالية:

1- **التهيؤ العقلي**: وهو التهيؤ الذي يجعل الفرد يستجيب بطريقة معينة ويحد من مدى الفرضيات المقترحة ويؤدي إلى التعلق بحلول غير ملائمة على الرغم من عدم صلاحيتها.

2- **التثبت الوظيفي**: ويشير إلى إصرار الفرد على التمسك بالحلول السائدة.

3- **التنفيذ**: وذلك بتطبيق الحلول التي تم التثبت من صحتها.

4- عدم إتباع المنهجية في تحديد وحل المشكلات .

5- وضع المشكلة خارج نطاقها الحقيقي.

6- التحليل السيئ للمشكلة .

وهناك العديد من العوامل التي تؤدي لحدوث المشكلات النفسية لدى الأفراد ولعل من أبرزها:

1- **العوامل البيولوجية**: أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين العوامل الجينية والعصبية والبيوكيميائية والاضطرابات السلوكية والانفعالية وقد تكون هذه العوامل مجتمعة، وقد تكون هناك علاقة بين عوامل ما قبل الولادة والاضطرابات

السلوكية الانفعالية كوضع الأم النفسي، سوء التغذية، تناول الكحول، لمخدرات قد تسهم في حدوث المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية والانفعالية.

2- **العوامل الأسرية:**

أ- أساليب المعاملة الو الدية حيث لهل اثر كبير في سلوك أبنائهم إذ هي تشكل المناخ الأسري الذي يعد العنصر الأساسي في تكوين شخصية الطفل فالمعاملة الو الدية التي تتسم بالتدليل والحماية الزائدة تؤدي إلى العصيان ونوبات الغضب وكثرة المطالب وعدم الشعور بالمسؤولية والاتكالية.

ب- حجم الأسرة عدد أفراد الأسرة يؤثر في أساليب الرعاية الو الدية المقدمة للأبناء حيث تشير معظم الدراسات أن معظم الأطفال المضطربين سلوكيا يأتون من اسر ذات أعداد كبيرة.

ج- الترتيب الميلادي للطفل فمثلا الطفل الأول يعطى الرعاية والعناية والاهتمام والأخير مدلل من الجميع الأمر الذي يجعل الترتيب الرابع والخامس يشعر بالملل.

د- المرض الأبوي إذ أن هناك علاقة بين الحالة الصحية للآباء والمشاكل السلوكية والانفعالية للأطفال.

هـ- حوادث الفراق أو الخلاف الأبوي وهي من العوامل التي تفرز بظلالها السلبي في نفسية الأطفال وبخاصة في السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل إذ أن هناك علاقة بين غياب الأب أو الأم أو كلاهما والمشاكل النفسية والسلوكية.

3-**العوامل المدرسية:** يضطرب بعض الأطفال عند التحاقهم بالمدرسة والبعض الأخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف، والمعلم هو القطب الفاعل في جعل المتعلم محب للدراسة أو كارها لها وذلك من خلال الطرق والأساليب والفنيات والوسائل المستخدمة.

4- **العوامل المجتمعية:** قد يسبب أو يساعد على ظهور المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية وهنا لابد من الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه

بعض الأطفال وحالات سوء التغذية والعائلات المفككة والشعور بفقدان الأهل والحي العنيف.

5- **العوامل الثقافية**: الثقافة التي ينشا فيها الفرد لها أثرا في التطور الانفعالي والاجتماعي والسلوكي بما فيها من قيم ومعايير سلوكية ومخرجات التكنولوجيا وشبكة الإنترنت ودور وسائل الإعلام من تلفزيون ودور سينما وأفلام في تشجيع العنف والخمور والمخدرات والأقران وتأثيرهم.



الباب الثالث

طرق وأدوات التقييم و التشخيص المستخدمة في الإرشاد



الفصل الأول: الملاحظة ومكوناتها

الفصل الثاني: دراسة الحالة وتعريفها

الفصل الثالث: المقابلة الإرشادية وأهميتها

الفصل الرابع: المقاييس والاختبارات وأنواعها



الفصل الأول

الملاحظة ومكوناتها

أولا: الملاحظة العلمية

مفهومها: هي الخطوة الأولى في التعرف على الحالة الصحية والنفسية لفحوص. وهي من أهم الخطوات في مجال الإرشاد والعلاج النفسي. وذلك لأنها توصل المرشد النفسي إلى الحقائق وتمكنه من صياغة فرضياته.

تعريفها: الملاحظة تعني الانتباه إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها. وتعرف كذلك بأنها المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيله كما هو.

أنواعها: يمكن تقسيم الملاحظة إلى أنواع عديدة من أهمها:

أ- أنواع الملاحظة من حيث طبيعتها:

1. **الملاحظة البسيطة (غير المباشرة)** غير المضبوطة والتي تتضمن صورا مبسطة من المشاهد والاستماع بحيث يقوم الملاحظ فيها بملاحظة الظواهر والإحداث والمواقف وجها لوجه وكما تحدث تلقائيا في ظروفها الطبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي.
2. **الملاحظة المنظمة: (المباشرة)** المضبوطة وهي الملاحظة العلمية بالمعنى الصحيح، تحدث بدون اتصال بين الملاحظين والمسترشدين الذين لا يدركون بأنهم موضع ملاحظة وتتم ضمن مكان مجهز، بحيث تتم في ظروف مخطط لها ومضبوطة ضبطا علميا دقيقا. وتختلف الملاحظة المنظمة عن الملاحظة البسيطة من حيث أنها تتبع مخططا مسبقا، ومن حيث كونها تخضع لدرجة عالية من الضبط

العلمي بالنسبة للملاحظ ومادة الملاحظة، كما يحدد فيها ظروف الملاحظة كالزمان والمكان.

ب- من حيث القائمين على الملاحظة.

1. الملاحظة الفردية التي يقوم بها شخص واحد.
2. الملاحظة الجماعية التي يقوم بها أكثر من شخص واحد.

ج. من حيث ميدان الملاحظة.

1. الملاحظة في الطبيعة : وتستعمل في العلوم الطبيعية كما تستعمل في العلوم السلوكية.
2. الملاحظة في المختبر: ويقصد بها التجريب من حيث ضبط المتغيرات المحيطة بالمتغير موضوع البحث
3. الملاحظة في العيادة: وهي طريقة يلجأ إليها المعالجون النفسيون والمرشدون والمشرفون التربويون بهدف التشخيص والعلاج.

د. وفقا لدور الملاحظ، فأنه يمكن تقسيم الملاحظة إلى:

1. ملاحظة من غير مشاركة، وهذا النوع من الملاحظة يلعب فيها الملاحظ دور المتفرج أو المشاهد بالنسبة للظاهرة أو الحدث أو الموقف موضوع الملاحظة مثل ملاحظة مواقف اللعب أو إثناء تفاعل الطفل مع الآخرين أو مواقف الإحباط.
2. الملاحظة بالمشاركة: وهذا النوع من الملاحظة يقوم فيها الملاحظ بدور العضو المشارك في حياة الجماعة بحيث يندمج مع المفحوصين ويشاركهم نشاطاتهم ويسجل البيانات الضرورية عنهم وهنا يفضل مشاركة أكثر من ملاحظ لضمان اكبر قدر من الموضوعية موضوع البحث.

شروط الملاحظة في التوجيه والإرشاد النفسي

1- الملاحظة العلمية ملاحظة منظمة، مضبوطة، ومنضبطة.

2- الملاحظة العلمية ملاحظة موضوعية بعيدة عن التحيز.

3- الملاحظة العلمية تتطلب ملاحظا مؤهلا للملاحظة مستعدا لها قادرا عليها.

4- الملاحظة العلمية تتطلب من الملاحظ ان يسجل الظواهر والمشاهد بأسرع ما يمكن في الحال.

5- الملاحظة العلمية تتطلب أن يكون الملاحظ مهيأ للملاحظة مدربا عليها معدا لها إعداد كافيا.

6- تتطلب الملاحظة العلمية أن يكون مخططا لها.

7- تتطلب الملاحظة العلمية من الملاحظ الاستعانة بكل وسيلة أو أداة تعينه على دقة الملاحظة.

أهمية الملاحظة في التوجيه والإرشاد النفسي

* ندرس السلوك الذي لا يمكن استحضاره أو إحداثه في المعمل.
* ندرس السلوك الذي يمكن أن يصيبه التشويه والتغير.
* ندرس السلوك الذي تمنعنا الضوابط الخلقية استحضاره في المعمل.

عوامل لنجاح الملاحظة في التوجيه والإرشاد النفسي

هناك مجموعة من العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار للحصول على بيانات مفيدة عند استخدامك وسيلة الملاحظة في جمع البيانات.

أ- احصل على معلومات مسبقة عن الشيء الذي تود مشاهدته، وعليك كأخصائي نفسي أن تقرر مسبقا الجوانب التي عليك ملاحظتها والظواهر التي تستحق.

ب- اختبر الأهداف العامة والمحددة التي تحتاج إلى البحث، بحيث تملي عليك الظواهر التي يجب ملاحظتها مما يتيح لك الحصول على بيانات أكثر دقة ووضوحا لإغراض دراستك وعملك.

ت- اعتمد طريقة محددة لتسجيل النتائج بوضع برنامج محدد أو قائمة محددة بالأمور التي يجب ملاحظتها. وكيفية إثباته سوف تساعد بالضرورة في الانتهاء من عملية تسجيل البيانات بسرعة وبكفاءة وبأقل كمية من الكتابة.

ث- استعمل الملاحظة المنظمة بتخصيصك وقتا معينا خارج عملك اليومي من أجل ملاحظة نمط سلوكي محدد يقوم فيه الفرد هو موضوع دراستك.

ج- نظم مواقف سلوكية اختيارية للتحقق من عدم دقة الحكم على سلوك شخص ما بواسطة الملاحظة الاجتهادية.

ح- استخدم وسائل تقنية خلال ملاحظتك مثل القوائم، مقاييس التقدير، السجلات النفسية، وجداول المشاركة البيانية.

خ- تدرب جيدا على الوسائل التقنية التي تنوي استخدامها في ملاحظتك.

إجراءات الملاحظة:

هناك إجراءات يجب أخذها بعين الاعتبار عند قيامك بإجراء عملية الملاحظة وتتمثل في الآتي:

1. عين الهدف من إجراء الملاحظة والشيء الذي تسعى إلى ملاحظته.
2. أعد الملاحظة من وقت لأخر من أجل التحقق من دقة الملاحظة السابقة والحكم على ثباتها وصدقها.
3. لاحظ سلوكا محددا في وقت واحد، وهذا يساعدك على إصدار حكم ملائم على هذا السلوك.
4. استفد من الوسائل التكنولوجية في رصد السلوك مثل استخدام آلات التصوير أو التسجيل الصوتي.
5. عليك تحري الموضوعية في الملاحظة مبتعدا عن العواطف الشخصية.
6. سجل المعلومات في أسرع وقت ممكن، وتلخيص ما تمت ملاحظته.
7. استعن بملاحظين مدربين من اجل المقارنة والدقة في التقدير.

تسجيل الملاحظة

نظرا لأهمية الملاحظة في حياتنا اليومية ولكثرة الاعتماد عليها في إصدار الإحكام وتقييم السلوك، وبالنظر لتوخي الموضوعية كشرط أساسي في نجاح الملاحظة

كأداة من القياس. فقد طور العلماء وسائل مقننة لتسهيل عملية الملاحظة وإجرائها بشكل مناسب حيث يمكن للأخصائي النفسي استخدام أداة أو أكثر من أدوات القياس الخاصة بجمع البيانات والمعلومات بالملاحظة. ومن أهم هذه الأدوات ما يلي:

1. **قوائم الشطب (الرصد)**: وهذه القائمة عبارة عن قائمة مكونة من فقرات ذات صلة بالسمة أو الخاصية المنوي قياسها.
2. **سلالم التقدير**: تختلف قوائم الشطب عن سلالم التقدير في أن الأخيرة تحتاج إلى حكم أدق وهناك عدة أنواع من السلالم أهمها

* **سلم التقدير العددي**: يستعمل لتقدير مدى وجود صفة ما لدى جماعة من الأشخاص
* **سلم التقدير العددي الوصفي**: في هذا النوع يوجد إعداد تمثل درجات متفاوتة من الخاصية المقدرة.
* **السلم البياني اللفظي**: وفي هذا النوع من سلالم التقدير يذكر الأداء أو الصفات في عمود الهامش.

3. **مقاييس العلاقات الاجتماعية السوسيومترية**: تستخدم هذه المقاييس في تقييم العلاقات الاجتماعية بين الإفراد حيث يطلب من كل شخص اختيار عدد من الأشخاص الذين تتكرر التعامل معهم.
4. **جداول الملاحظة**: تستخدم هذه الجداول لرصد أنماط السلوك التي يحدثها الإفراد وتكون مجالا للملاحظة من قبل الملاحظ، والتي يمكن أن تشتمل على تسجيل السلوك ضمن فترة زمنية منظمة أو متفاوتة وهي طريقة قيمة لأنها تسمح بالتعبير الكمي المباشر عن السلوك المراد ملاحظته.
5. **اليوميات السلوكية والسجلات القصصية**: ويعني كتابة تقريرا واقعيا عن المفحوص بحيث يعمد المرشد إلى وصف الموقف الذي حدث بشكل دقيق ويكون حول الحالة فهما دقيقا لأفعالها وأقوالها.

6. **الآلات الإلكترونية والميكانيكية والتي يمكنها أن تحصل على تسجيل دقيق** وتفاصيل واقعية ويمكن مراجعتها والتأكد من الأنماط والاستجابات التي تمت في فترة سابقة وهي وصف موثوق فيه سواء بالصوت أو الصوت والصورة والتي اقرب ما تكون إلى المشاهدات الحية للحالة والتي تسجل على الكاسيت أو الكاميرات الفوتوغرافية أو الفيديوية والتي تشكل في مجملها مادة ممتازة لتشخيص الحالة.

مزايا الملاحظة وعيوبها

استعمال الملاحظة كأداة في جمع البيانات والمعلومات، بخاصة في دراسة الظاهرات الاجتماعية، ودراسة تحليل المضمون والوثائق، وأهم مزاياها:

1. دقة المعلومات بسبب ملاحظة الظواهر في ظروفها الطبيعية.
2. الملاحظة من أكثر وسائل جمع المعلومات فائدة للتعرف على الظاهرة أو الحادثة.
3. دقة التسجيل بسبب إجرائه أثناء فترة الملاحظة.
4. أسلوب الملاحظة الأسلوب الأكثر أهمية في حال عدم التمكن من استخدام أسلوبي المقابلة والاستبيان لجمع المعلومات: كدراسة الظاهرات الطبيعية -تسمح بالتعرف على بعض الظاهرات أو الحوادث التي قد لا يفكر الباحث أو المبحوث بأهميتها إذا ما تم استخدام الاستبيان أو المقابلة.
5. يمكن إجراء الملاحظة على عدد قليل من المفحوصين.
6. تمكنك كأخصائي نفسي من جمع بيانات تحت ظروف سلوكية مألوفة.
7. تمكنك كأخصائي نفسي من جمع حقائق عن السلوك في وقت حدوثه.
8. لا تعتمد كثيرا على الاستنتاجات.

أما عيوب الملاحظة فهي:

1. يغير الملاحظون من سلوكهم إذا شعروا بإجراء الملاحظة.
2. قد تستغرق الملاحظة وقتا طويلاً وجهدًا وتكلفة مرتفعة من الباحث.

3. قد يحدث تحيز من الباحث: إما بسبب تأثره بالأفراد، أو عدم نجاحه في تفسير ظاهرة ما.
4. هناك عوامل دقيقة تؤثر على السلوك في أثناء الملاحظة مما يؤثر في دقة الملاحظة.
5. قد تعيق في بعض الحالات عوامل غير منظورة عملية القيام بالملاحظات كتقلبات الطقس.

الفصل الثاني

"دراسة الحالة" "Case Study"

تعد من الطرق التقليدية والتي ما زالت سائدة وتستعمل بشكل واسع في الدراسات والاستطلاعات المختلفة وتعتبر الوعاء الرئيسي الذي ينظم ويقيم الحالة والمعلومات والنتائج المتعلقة بالمفحوص وتستخدم لبيان هام في فهم الحالة من نواحيها العقلية والنفسية وهي تختلف عن تاريخ الحالة التي تدرس المفحوص من خلال البحث في تاريخه التطوري والمرضي، وتعتبر دراسة الحالة منهجا علميا باعتبارها تدرس الجوانب ذات العلاقة بالمشكلة وسلوك الفرد فيها.

تعريفها: وهي دراسة تفاصيل الحالة بشتى المجالات الشخصية والحياتية للحالة، كما ثبت جدوها باعتبارها المجال الذي يتيح للأخصائي جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات الدقيقة والواضحة حتى يتمكن من اتخاذ قراراته وإصدار حكم نحو الحالة.

دراسة الحالة هي: تحليل عميق شامل للحالة التي يقوم المرشد بدراستها، وهي بذلك تتضمن تفسيرا لشخصية الفرد و المشكلة التي يعاني منها، و يستطيع المرشد من خلال جمعه للبيانات و المعلومات الخاصة بالفرد وبيئته التي عاش فيها في الماضي والتي يعيش بها في الحاضر. أن يقدم صورة كاملة للفرد، تفسر نموه وتطوره والعوامل التي أثرت عليه كما توضح لنا مشكلته الحالية والقوى المؤثرة عليها واتجاهاته نحوها. أي أن دراسة الحالة وسيلة لجمع المعلومات و تنظيمها وتبويبها و تلخيصها ومراجعتها للوصول إلى فهم أفضل للحالة لماضيها وحاضرها ومستقبلها لوضع الأهداف التي تصل إلى الخطة العلاجية للوصول إلى النمو و التطور. ومن مميزات إجراء دراسة الحالة ما يلي:

1- تساعد على فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس علمي دقيق

2- تعطي صورة أوضح واشمل للشخصية باعتبارها اشمل وسيلة من وسائل جمع المعلومات

3- تساعد المسترد من أن يفهم نفسه بصورة أوضح وأعمق

4- لها فائدة إكلينيكية بما يحدث خلالها من تنفيس الانفعالي للمسترشد

الأفراد الذين تستوجب حالاتهم دراسة الحالة:

يحتاج لها الأشخاص الذين يواجهون صعوبات في التعلم والتكيف والعلاقات الاجتماعية و غيرها من السلوكيات التي تستدعي الانتباه الخاص وتتطلب أسلوبا تشخيصياً يتجاوز الاستفسارات الروتينية.

ومن السلوكيات التي تستدعي الانتباه الخاص ما يلي:

1- اضطرابات الكلام و صعوبات النطق.

2- المرض والانفعال الزائد عند الامتحان.

3- المقاومة الزائدة للنظام المدرسي والغياب المتكرر بدون عذر رسمي.

4- الخضوع الزائد للغير .

5- النشاط الزائد .

6- النشاط المتدني (الخمول والسرحان والانطواء والخجل الزائد وضعف في التركيز).

7- الاكتئاب الدائم أو الوجه الخالي من التعبير.

8- السلبية تجاه الذات و الآخرين .

9- السلوك الشاذ و الغريب (السرقة – الكذب – الغش).

10- التقلبات المزاجية و الانفعالية.

11- السلوكيات المخففة للقلق (العبث بالشعر، قضم الأظافر وغيرها).

12- الغياب عن الوعي.

يحتوي نموذج دراسة الحالة على تفصيلات يستقيها الباحث من مصادر متعددة أهمها:

1. الحالة نفسها كطبيعة المشكلة مثلا وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحاطاته.
2. الوالدان والأسرة أو رفاق العمل أو المدرسة أو المؤسسة التي تنتمي إليها الحالة.
3. التطبيق الميداني لعدد من الاختبارات النفسية والعقلية والتي تكشف قدرات الحالة العقلية وسماتها الشخصية ومهاراتها وميولها المهنية.
4. الطبيب المختص حيث يقوم بتزويد الباحث بتفاصيل عن الحالة الصحية والجسدية للحالة.
5. الأخصائي النفسي الذي يقوم بتزويد الباحث بتفاصيل عن الحالة النفسية والشخصية للحالة.
6. الأخصائي النفسي الذي يقوم بتشخيص الحالة وتطبيق الاختبارات العقلية والنفسية على الحالة.
7. الأخصائي الاجتماعي الذي يقدم معلوماته عن تاريخ الحالة وظروفها وتتضمن:

أولا: البيانات العامة للحالة حيث يبدأ فحص الحالة عادة بفتح سجل خاص بالحالة التي ترد إلى المرشد النفسي ويتم تسجيل البيانات الأساسية عن الحالة: العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، الحالة المهنية..الخ.

ثانيا: المشكلة، يقوم المرشد النفسي بالحصول على المعلومات الضرورية للعملية العلاجية حول المشكلة التي يعاني منها الشخص مسجلا أقواله نفسه عن مشكلته.

ثالثا: تاريخ المشكلة: يجب تسجيل بيانات تفصيلية عن بداية المشكلة أو المرض النفسي وتطوره وعوامله الجسمية والنفسية على اعتبار أن المرض النفسي هو محصلة لكل العوامل التي تأثر بها المريض، ووصف حقيقي لحالة المريض وسلوكياته وكيف يواجه مشكلاته واتجاهاته نحو الأسرة.

رابعا: التاريخ الأسري: يتعلق التاريخ الأسري بجمع المعلومات الوافية عن الحالة الأسرية، وكانت سببا في حالته وأحدثت أثرا في شخصيته.

خامساً: التاريخ الشخصي للمسترشد : يشير التاريخ الشخصي إلى سجل حياته ودراسة جميع الجوانب المتعلقة بالتاريخ الشخصي لها سواء كانت بالنظر إلى العوامل الوراثية التي أثرت بها أو أية عوامل بيئية : اجتماعية، اقتصادية ويمكن إجراء بعض الفحوصات كجزء من الدراسة الطبية كالفحص الطبي والنير والنيرولوجي، وفحص الجهاز الدوري، والغدد التناسلية والبناء الجسمي للمريض والجلد، والسائل المخي. ويمكن دراسة الجهاز العصبي من حيث دراسة الاضطرابات العصبية، وأعصاب المخ، وفحص الجهاز الدهليزي، وأيضا يجب دراسة الاضطرابات التنفسية من حيث دراسة اضطرابات الوعي والاضطرابات الوظيفية، والفحص بالأشعة، ورسم شرايين المخ بأشعة أكس أو الرسم الكهربائي، ودراسة الاضطرابات النفسية وتسجيل الملاحظات من قبل الأخصائي النفسي عن الحالة من حيث الوعي، ونوع الانفعال، والسمات التعبيرية للسلوك،والتداعي وعمليات التفكير، ومضمون التفكير والاتجاه العقلي، والإدراك، ودراسة الذاكرة، ومعرفة إذا كان الشخص يدرك إمكانياته ويرغب في مساعدة الآخرين.

وتاليا مثال من الواقع العملي التدريبي على دراسة الحالة

وعند قيام المرشد بإجراء دراسة حالة لأحد المسترشدين فإن الإبعاد التي تناولتها دراسة الحالة هي: الدافعية – بناء الشخصية – تطور الفرد – الجانب التكيفي – البعد الذاتي – البعد الاجتماعي.

البيانات التي تحتاجها دراسة الحالة وأساليب جمعها :

تشتمل الدراسة الجيدة للحالة على النواحي التي نوردها فيما بعد، هذا فيما عدا استثناءات قليلة، ومع ملاحظة إن كمية المعلومات ونوعها في كل ناحية تختلفان اختلافا كبيرا تبعا لأهمية هذه الناحية بالنسبة للفرد موضوع الدراسة، وقد رتبت الموضوعات طبقا لرأي " البورت الذي يفضي بأن: الدراسات الناجحة للحالات تنقسم على حسب الطبيعة فيما يبدو إلى ثلاثة أقسام:

(1) وصف للحالة الحاضرة.

(2) سرد للمؤشرات السابقة ومراحل النمو المتعاقبة.

(3) إشارة إلى الاتجاهات المستقبلية، وفيما يلي ترتيب الموضوعات:

الحاضر و الماضي والمستقبل

1- المشكلة و تاريخ المشكلة

2- الحالة التعليمية التاريخ التعليمي الخطط المستقبلية

3- الحالة العقلية التطور العقلي التبوء بالمستوى النهائي

4- الصحة و البيئة تاريخ الصحة و البيئة التبوء بالصحة المستقبلية

5- مستوى النضج تاريخ النمو

6- الشخصية نمو الشخصية

7- العلاقات الاجتماعية التاريخ الاجتماعي

8- الاتجاه المهني التاريخ المهني الخطط المهني

9- العلاقات الأسرية تاريخ الأسرة

ويعتمد في جمع المعلومات على جميع المصادر المتوافرة كالبطاقة التراكمية والمقابلة والملاحظات والاختبارات على أنواعها والمقاييس الاجتماعية واللقاء بذوي العلاقة من الوالدين والمعلمين – الزملاء والتقارير المختلفة المدرسية.

استقبال المسترشد: يستقبل خطوات إجراء دراسة الحالة:

1- **المرشد مسترشده محالا إليه من جهات مختلفة قد تكون ذاتية أو غير ذاتية** 'الأهل – المعلمين' وتلقي الإحالة الذاتية نجاحا اكبر من الإحالة من أطراف أخرى وذلك بسبب وجود الدافع الذاتي لدى المسترشد المحال ذاتيا للتخلص من الصعوبة، لذا يهتم المرشد بمصدر الإحالة واهتمام المحيل بحل صعوبة المسترشد كذلك يهتم المرشد بمدى ملائمة أسلوب الإحالة.

2- **الإحالة:** بعد جمع المعلومات عن الحالة من مصادر مختلفة حول المسترشد ومشكلته يقدر المرشد هل يستطيع التعامل مع هذه الحالة أو يلجأ لإحالة مسترشدة والإحالة لا تكون إلا في حالة الضرورة القصوى و بموافقة المسترشد

3- **التحضير للمقابلة الأولى وذلك بتحديد موعد المقابلة**، ومراجعة المعلومات المتوفرة مع الاستزادة من جمع المعلومات للدافع الحقيقي لطلب الإرشاد، ظروف حياته المعيشية و الإحداث والأسماء المؤثرة عليه والخصائص العامة لشخصيته من ميول واستعدادات وقدرات عن حالته الصحية ومدى ارتباطها مع الأزمات النفسية التي يعاني منها، ماضي المسترشد من حيث الأوقات السابقة التي شعر بها بنفس الأزمات الحالية وكيفية مواجهتها والفترة الزمنية التي يعني متأثرا بها وما أدت إليه من أزمات حتى مقابلة المرشد و الخبرات العلاجية التي مر بها.

4- **إقامة العلاقة الإرشادية:** يقوم المرشد بشرح وبناء العلاقة الإرشادية مع المسترشد حيث يعرف المرشد طبيعة ومحددات العلاقة الإرشادية والأدوار والأهداف ضمن العلاقة الإرشادية للمسترشد

5- **بناء نموذج لمشكلات المسترشد** وذلك من خلال تحديد صعوبات المسترشد والبدء في أكثرها إلحاحا ويجب أن يتعرف على عناصر المشكلة ويحددها وهي العنصر السلوكي والزمني والموقفي ثم يلجأ إلى تحديد (المعززات و ذلك لاستخدامها في التخلص من السلوك المشكل ويلجأ المرشد للحصول على تصديق المسترشد حول فهم المرشد للمشكلة من خلال:

أ- معرفة المشكلة في نظر المسترشد لماذا طلب المساعدة و كيف يتصور مشكلته والكلمات التي يستخدمها المسترشد في حديثه عن المشكلة

ب- المشكلة كما يراها المرشد : وذلك من خلال المظاهر الانفعالية والسلوكية والمعرفية التي يلاحظها المرشد عند مسترشده كدليل لوجود المشكلة.

6- وضع أهداف العلاج واستراتيجياته من خلال:

أ- تحديد الأهداف: يتم تحديد أهداف عامة وخاصة لعملية الإرشاد التي سوف تتبع في التعامل مع المشكلة بحيث تكون الأهداف واقعية ممكنة التحقيق واختيار

الأهداف التي يمكن تقويمها، كذلـك يتـم تحديـد السـلوك وخاصـة إذا اتصـف بالعجز الأدائي في أي وظيفة يختبر فيها وتحديد السلوك العام المتوقع للمسترشد عندما يتمـيز بـالقدرة الأدائيـة في أي وظيفـة ينتظـر أن يمارسـها. وبعـد تحديـد الأهداف يجب على المرشد أن يحدد إذا كان باستطاعته الاستمرار والتعامل مـع المسترشد بناءا على إمكانياته من جانب وتقرير مـا إذا كـانت دوافـع المسترشـد كافية للتخلص من المشكلة وإلا يعمل المرشد على إحالة المسترشد

ب- **تبنى استراتيجية للعلاج**: وهذا يتضمن بناء أهداف آنية لكل جلسة على حده وتحديد الأسلوب العلاجي وتحديد ما يتم إنجازه.

7- **تقييم الأداء في ضوء الأهداف الموضوعية**: يتم تحديد تحقيق الأهـداف مـن خـلال تقييم الأداء لتقرير العمل على إنهاء العلاقة الإرشادية أو الاسـتمرار في التعـامل مع حالة المسترشد بناءا على نتائج التقييم.فإذا وجد المرشد أن الأهداف لم تتحقق فعليا عليه الرجوع إلى تقييم الأهداف وصياغتها والأسلوب المستعمل في العـلاج ودافعية المسترشد وتأثير المشكلة الحالية بظهور مظاهر جديـدة لنفـس المشـكلة و سيلجأ المرشد عندها إلى صياغة أهداف وإستراتيجية جديدة.

8- **إنهاء العلاقة الإرشادية**: يتحدد إنهاء العلاقة الإرشادية بتحقيـق أهدافـها وشـعور المسترشد بقدرته علـى الاسـتقلال وحـل مشـكلاته مسـتقبلا، إن إنـهاء العلاقـة الإرشادية يحتاج إلى مهارة خاصة وخاصة في حالة وجود مظاهر للتعلق

9- **المتابعة**: مسؤولية تنفيذ التوصيات التي من شأنها مساعدة المسترشد في التغلب على مشكلاته تقع على عاتق المختصمين ممـن تتوافـر لديـهم القـدرات والإمكانيـات للقيام بها ومن ثم التوصيات المقترحة و المتابعة الدورية المنتظمة.

كتابة التقرير النهائي للحالة:

عند كتابة التقرير النهائي يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:

1- كتابة دراسة الحالة بصورة دقيقة وموضوعية قدر الإمكان وان يتجنب الاصطلاحات الفنية، والابتعاد عن التعميم وان يبتعد عن إسقاط الأفكار الذاتية وكذلك التقييم والاتجاهات الخاصة.
2- أن يظهر نتائج التشخيص في المشكلة والمعلومات والبيانات التي جمع دون التأثر بما يعتقد من نظريات.
3- أن لا يكون التقرير طويلا بحيث يسهب المرشد في نقاط معينة وإلا يكون التقرير قصيرا بحيث يغفل المرشد نقاط هامة كثيرة.
4- أن يتجنب إعطاء الاهتمام للإحداث المثيرة فقط ويغفل بعض الجزئيات التي قد تكون ذات أهمية كبرى في حياة المسترشد.
5- التفسيرات والتوصيات وتتضمن التشخيص والعلاج في الجانب الوقائي والنمائي.

نموذج دراسة الحالة Case study

أولا: معلومات عامة:

- الاسم: ،،، ج م ع،،،،،،،،،،،،،
- العنوان : الكرك
- تاريخ الولادة: 18 / 9/ 1997
- الجنس: ذكر
- الديانة: الإسلام
- الجنسية: أردني

ثانيا: التاريخ الأسري للحالة

- الأب:
- العمر: 33
- الحالة الصحية: جيدة
- المستوى التعليمي: توجيهي صناعي

•علاقته بالحالة: جيدة

•الأم:

•العمر: 26

•الحالة الصحية: في البداية كانت جيدة و حاليا سيئة للغاية

•المستوى التعليمي: توجيهي أدبي

•علاقتها بالحالة: في البداية كانت جيدة ثم تراجعت إلى الاسوء.

ملاحظة: "تعاني الأم من اضطراب نفسي و حاليا تخضع للعلاج"

•الإخوة: له أخت واحدة "علياء" و عمرها أربعة سنوات

•المستوى الاقتصادي للأسرة: جيد جدا

ملاحظة: بالنسبة للوالد و الوالدة منفصلان، و الطفلان في البداية عاشوا عند جدتهم "أم أبيهم" بعد زواج الأب انتقلوا إلى بيت أبيهم

ثالثا: هوايات...... و طموحاته

يحب أن يمتلك دراجة هوائية و كرة ويهوى اللعب خارج المنزل

رابعا: الفحص النفسي

•المظهر: يحب أن يهتم بنفسه إذ وجد رعاية من قبل المربين

•السلوك الحركي: يمتاز بالحيوية والنشاط

•الحالة المزاجية: ضحوك وحزين في نفس الوقت عندما تنظر إليه تلمح نظرة حزن في عيناه.

•الذاكرة: لديه القدرة على تذكر الحوادث و المناسبات التي عاشها سابقا و خصوصا الخبرات المؤلمة.

•التوجه المكاني: يستطيع تحديد المكان الذي يوجد فيه.

•**النمو الاجتماعي**: يوجد لديه قابلية اجتماعية و صحبة و منافسات بين الرفاق و صلات جماعية من قبل الآخرين من الجيران و الراشدين و المجتمع لكن ميوله نحو المدرسة ضمن المتوسط.

•**النمو الانفعالي**: يوجد لديه صراعات مثل عدم تمكنه من اللغة بشكل كامل بسبب عدم قدرته على لفظ بعض الحروف بشكل صحيح، وصور الغضب عامة متمثلة بالبكاء و الصراخ.

في قراءة ودراسة الحالة تم الاطلاع على السجل الرسمي (دفتر العائلة) ومن خلال أفراد الأسرة و بالتحديد زوجة الأب و اطلاعي المباشر على الحالة كوني قريبة منه....... طفل في الخامسة من عمره وهو يعاني من حالة قلق و خوف نتيجة خلل في العلاقات الأسرية التي قامت بين الوالدين في المراحل المبكرة من عمره مما حد من نشاطاته و قدراته.

على الصعيد الأسري

هو الأكبر بين أفراد أسرته، الأب أردني الأصل والأم عربية، انفصل الوالدين عن بعضهما عندما كان عمره ثلاث سنوات، ومن حيث المعاملة الأسرية للحالة تعرض للعنف من قبل الأم على شكل إيذاء جسدي بالحرق بالسيجارة إلى أن تنطفيء على جسده و بالتحديد عند أذنه و ظهره و فمه، وبعد انتقاله إلى بيت الجدة على الرغم إنها كانت توفر له الحاجات المادية من مأكل وملبس إلا انه كان يتعرض للعنف من قبل الجدة كونه لم يكن مطيع (سلوكه عدواني) بسبب الظروف والتغيرات التي حدثت في حياته بالنسبة للسلوك العدواني في تصرفاته هذا الشيء تلقائي لمواقف الإحباط التي يتعرض لها ويظهر العدوان كرد فعل و تعبير عن الغضب و لطبيعة علاقة الطفل بمن حوله.

على الصعيد الصحي

لا يعاني من إعاقات جسدية أو عقلية ووزنه و طوله مناسب لمن هم في عمره، بالنسبة للنمو العقلي في هذه المرحلة تنمى القدرات العامة والخاصة مثل اللغة وتنمية الإدراك و التذكر وقدرته على ضبط اللغة والإدراك والتذكر ضمن المتوسط و كما ذكرت سابقا بسبب الظروف البيئية و التغيرات الاجتماعية التي مر فيها.

قد لا يكتفي المرشد أحيانا بجمع المعلومات و الحقائق لكي يصل لتصور دقيق لمشكلة ما، وإنما يحاول أن يتتبع العلاقات التفاعلية ما بين المعطيات لكي يصل إلى تبصر أعمق وأكثر شمولية بالنسبة للظاهرة موضوع الدراسة.

في "دراسة الحالة" يقوم المرشد أو الباحث الاجتماعي بإجراء دراسة في العمق لوحدة اجتماعية معينة فردا كانت أم جماعة. فهو يجمع المعلومات المتعلقة بالوضع الحالي للمسترشد و طبيعة سلوكه و بعد تحليل تسلسل العوامل و العلاقة التفاعلية بينهما يكوّن المرشد فكرة شاملة مترابطة حول الوحدة أو الفرد موضوع البحث و كما تقوم بوصيفتها ضمن بيئتها المحلية ثم يقوم بتشخيص المشكلة و اقتراح الإجراءات العلاجية المناسبة ومن ثم التقييم و المتابعة.

بناءا على ما تقدم فإنه يمكن عمل المشغل التدريبي الخاص بالمرشدين والأخصائيين النفسيين الخاص بدراسة الحالة والذي يقدم للمشاركين الإطار النظري الموجز لأسلوب دراسة الحالة، والأنشطة التطبيقية الشاملة حيث أن الهدف العام للمشغل أن يتمكن المتدربون في نهاية المشغل من إجراء دراسة الحالة كأسلوب إرشادي فني الأهداف.

يتوقع من المتدرب بعد المشاركة في مشغل دراسة الحالة و تنفيذ الأنشطة المتعلقة به أن يكون قادرا على:

1- أن يحدد المتدرب مفهوم دراسة الحالة و مميزات إجراء دراسة الحالة
2- أن يحدد المتدرب طبيعة الأفراد اللذين تستوجب قضاياهم إجراء دراسة الحالة
3- أن يحدد المتدرب الإبعاد التي تناولتها دراسة الحالة
4- أن يحدد المتدرب البيانات التي تحتاجها دراسة الحالة و كيفية تنظيمها
5- أن يحدد البيانات التي يحتاجها المرشد في دراسة الحالة
6- أن يحدد المتدرب أساليب جمع المعلومات لدراسة الحالة
7- أن يحدد المتدرب خطوات إجراء دراسة الحالة
8- أن يتمكن كل متدرب من كتابة التقرير النهائي لدراسة الحالة

الفصل الثالث

المقابلة الإرشادية وأهميتها

تعريفها: أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية. وهي تتكون في أبسط صورها من مجموعة من الأسئلة أو البنود التي يقوم الأخصائي النفسي بأعدادها وطرحها على الشخص موضوع البحث، ثم يقوم الأخصائي بعد ذلك بتسجيل البيانات.

ويمكن تعريف المقابلة بأنها علاقة ديناميكية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر الأخصائي في الإرشاد النفسي أو التشخيص النفسي والشخص أو الأشخاص طالبي المساعدة أو الفحص وبناء علاقة إيجابية بهدف الفحص والتصنيف وتحديد المشكلة والحصول على مؤشرات أو دلالات للسلوك المشكلة.

اهمية المقابلة:

تبرز أهمية المقابلة في إنها جانب تشخيصية أو إرشادية أو علاجية أو استطلاعية وكذلك:

1. تعتبر عملية تتيح الفرصة للمستجيب للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.
2. تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية. خاصة فيما يتعلق منها بميدان الإرشاد بين الأخصائيين النفسيين والآباء.
3. مصدر كبير للبيانات والمعلومات فضلا عن كونها أداة للتبصير والتوعية والتفاعل الديناميكي.
4. تختلف أهداف المقابلة باختلاف الغاية التي ستهدف المقابلة إلي تحقيقها في نهاية المطاف.

أنواع المقابلة:

أولا: من حيث عدد المفحوصين أو المسترشدين:

1- المقابلة الفردية التي تتم بين الفاحص (الأخصائي النفسي) والمفحوص (المستجيب).

2- المقابلة الجمعية التي تتم بين الأخصائي النفسي وعدد من الإفراد في مكان واحد ووقت واحد، من أجل الحصول على معلومات أوفر في اقصر وقت وبأقل جهد.

ثانياً: وفقا لنوع الأسئلة التي تطرح فيها ودرجة الحرية التي تعطى للمستجيب في إجاباته، ويمكن تقسيم المقابلة إلى ثلاثة أنواع:

أ- المقابلة المقفلة التي تطرح فيها أسئلة تتطلب إجابات دقيقة ومحددة، ولا تفسح مجالا للشرح المطول.

ب- المقابلة المفتوحة التي يقوم فيها الأخصائي النفسي بطرح أسئلة غير محددة الإجابة، وفيها يعطي المستجيب الحرية في أن يتكلم دون محددات للزمن آو للأسلوب.

ت- المقابلة المقفلة المفتوحة التي تكون فيها الأسئلة مزيجا النوعين السابقين (مقفلة ومفتوحة). وفيها تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب مزيدا من التوضيح.

ثالثا: من حيث غرض المقابلة في الميدان الإكلينيكي: ويمكن تقسيم المقابلة من حيث غرض المقالة في الميدان الإكلينيكي إلى ستة أنواع رئيسة هي:

1. مقابلة الالتحاق بالعلاج أو المؤسسة بهدف تحديد حالة المريض بصفة مبدئية وإمكانية قبوله بعد دراسة استمارة يقوم بإملائها أو تحويله لجهة أخرى.

2. مقابلة الفرز والتشخيص المبدئي من أجل تصنيف الإفراد حسب حالات مرضهم النفسي.

3. مقابلة ما قبل وما بعد الاختبارات النفسية، ويلعب هذا النوع من المقابلات دورا فاعلا في تهيئة العميل (المريض النفسي) عقليا ونفسيا لأداء الاختبار والتخفيف من مخاوفه تجاه عمليات العلاج النفسي.
4. المقابلة الممهدة للعلاج النفسي بهدف تعريف المريض بطريقة العلاج النفسي وضرورة تعاونه مع الطبيب النفسي وغرس الثقة عنده.
5. المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه بحيث يؤدي أهل المريض وأقرباؤه وأصدقاؤه دورا بارزا في جمع البيانات وتقييم الحالة وتشخيصها.
6. مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة، وتهتم بجمع بيانات تفصيلية عن الحالة منذ ولادتها وتطورها وأسرتها والعلاقات بينها وبين الأشخاص الهامين بالنسبة لها.

رابعا: من حيث الغرض من المقابلة في ميدان التفاعلات الاجتماعية السوية:

أ. **المقابلة الاستطلاعية (المسحية):** للحصول على معلومات من أشخاص يعتبرون حجة في حقولهم أو ممثلين لمجموعاتهم والتي يرغب الباحث الحصول على بيانات بشأنهم.

ب. **المقابلة التشخيصية:** تستعمل لتفهم مشكلة ما وأسباب نشوئها وأبعادها الحالية ومدى خطورتها على المفحوص تمهيدا لتحديد الأسباب ووضع خطة للعلاج.

المقابلة العلاجية التي تهدف للقضاء على أسباب المشكلة والعمل على جعل الشخص الذي تجري معه المقابلة يشعر بالاستقرار النفسي.

أ- المقابلة الاستشارية التي تمكن الشخص الذي تجري معه المقابلة وبمشاركة الأخصائي النفسي على تفهم مشاكله الشخصية والمتعلقة بالعمل بشكل أفضل وحل تلك المشاكل.

خامسا: من حيث طبيعة الأسئلة: يمكن تقسيم المقابلة إلى ما يلي:

1. المقابلة الحرة التي تطرح فيها أسئلة غير محددة الإجابة.
2. المقابلة المقننة التي تطرح فيها أسئلة تتطلب إجابات دقيقة ومحددة.

3. المقابلة غير المقننة التي تتصف بالمرونة والحرية وتتيح للمفحوص التعبير عن نفسه بصورة تلقائية .
4. المقابلة البؤرية حيث تركز الاهتمام على خبرة معينة صادفها الفرد وعلى آثار هذه الخبرة.
5. المقابلة غير الموجهة التي تتيح الحرية في التعبير عن مشاعر المفحوص ودوافع سلوكه بدون توجيه معين من الباحث.

تسجيل المقابلة

يتم تسجيل الوقائع والمعلومات التي يحصل عليها من المفحوص وذلك للتأكد من صحتها، وعلى الأخصائي أن يراعي الأمور التالية عند قيامة بتسجيل المعلومات:

* عدم الاستغراق في الكتابة والتسجيل، لان ذلك قد يربك المفحوص.
* يمكن الأخصائي النفسي استخدام نماذج متعددة للإجابات وبمقاييس تقدير مختلفة.
* لا يجوز ترك التسجيل حتى نهاية المقابلة فالوقت قد يؤثر على وعي الأخصائي النفسي.
* استخدام أجهزة التسجيل الصوتي يعطي دقه وموضوعية أكثر في جمع البيانات.
* خطأ الإثبات: فإذا ما اخفق الشخص الذي اجري المقابلة في التعرف على، أو قلل من أهمية حادثة فأنه يرتكب خطأ الإثبات.
* خطأ الحذف: إذا حذف حقيقة جوهرية أو تعبير أو تجربة ما فأنه قد يرتكب خطأ الحذف.
* خطأ الإضافة: أما إذا ضخم أو طور الأخصائي النفسي إجابة الشخص الذي قد يقابله فأنه يرتكب في هذه الحالة خطأ الإضافة.
* خطأ الاستبدال: قد يرتكب الأخصائي النفسي خطأ الاستبدال ويتم ذلك إذا نسي كلمات الشخص الذي قابلة واستبدلها بكلمات قد لا يكون لها دلالات مغايرة لما قصده المستجيب.

* خطأ التبديل: إذا لم يتذكر الأخصائي النفسي تسلسل الأحداث او ارتباط الحقائق بعضها مع بعض فأنه يرتكب خطأ التبديل.

العلاقة الإرشادية اثناء المقابلة الإرشادية:

العلاقة الإرشادية هي: علاقة مهنية تقوم على تفاعل بين المرشد والمسترشد حيث يتم تبادل المعاني التي تتضمن التواصل اللفظي بواسطة الكلام والإنصات والتواصل غير اللفظي بواسطة الإيماءات والنظرات والحركات الجسمية اليدين أو الرأس.

خصائص المقابلة الإرشادية الفعالة:

- المقابلة علاقة تشاركيه تسمح للمسترشدين بأن يعبروا بحرية عن أنفسهم وأن يكشفوا عن ذاتهم دون حواجز أو دفاعات.
- يهتم الإرشاد بالتأثير في التغيير الطوعي للسلوك من قبل المسترشد.
- الغرض من المقابلة هو تهيئة الظروف التي تيسر من تغير المسترشد.
- تنظم العلاقة الإرشادية على أساس حدود مقررة لهذه العلاقة.
- تتوافر الظروف أو الشروط التي تيسر التغير السلوكي من خلال المقابلات.
- الإنصات ركن أساسي من أركان العلاقة الإرشادية.

ويمكن تحديد أهداف المقابلة في:

- إقامة علاقة بين فردين (المرشد والمسترشد)
- الكشف عن الأفكار والمشاعر والاتجاهات لدى المسترشد.
- جمع البيانات والمعلومات عن المسترشد ومحاولة تفسيرها.
- الوصول إلى طريقة لبناء عمليات التشخيص والإرشاد النفسي.
- وليس الهدف من المقابلة عنونة المسترشد وإلصاق بطاقة به أو تصنيفه في فئة محددة، وإنما هدفها الكشف عن ديناميات السلوك المضطرب لدى المسترشد.

هناك حدود للعلاقة بين الطرفين منها:

•عدم المبالغة في الحنو.

•عدم فرض آراء المرشد الخاصة نحو القضايا أو حول الناس.

•علاقة رسمية محكومة بزمن ومواعيد يجب التقيد بها.

•إنهاء العلاقة إذا عجز المرشد عن مساعدة المسترشد.

أنواع الاتصال في المقابلة:

أولا: لفظي (مكتوبا، شفويا) وتتمثل أسس نجاح الاتصال الشفوي في: المجاملات، لتشجيع، الإنصات، الوضوح، والإعادة والأسئلة والإقناع والإيحاء...وحتى ينجح الاتصال اللفظي لا بد من استخدام النوع الآخر من الاتصال وهو الاتصال غير اللفظي ومن المهم في الاتصال اللفظي العمل على تغيير كلمات المسترشد بحيث يزيد وعيه لذاته ومن أمثلة هذه الكلمات:

•استبدال كلمة هو بكلمة أنا

•عدم استخدام أسئلة لماذا؟ واستبدالها بماذا وكيف؟

•استبدال النافيات مثل لكن بحرف و.

•استخدام لا أقدر بدلا من لا أريد

•استبدال يجب ب أنا اخترت.

ويتضمن الاتصال اللفظي إرسال كل من الأفكار والمشاعر، وله مستويات:

- **لغة الطفولة**: لغة جذابة ومرحة وغالبا ما تستخدم للتذكر والمحبين لديهم أصناف من لغة الطفولة مثل تصوير الرغبة الجسدية والسرور والمداعبة.
- **لغة الشارع**: لغة تعبيرية وانفعالية يمكن أن تكون سلاح وغالبا ما تستخدم في مجال اللعب وتستخدم عندما يكون الاتصال غير متساو وتسمى لغة القسوة.
- **المحاضرة**: من خلال أنماط الحديث المستخدمة وهي لغة تلقين في المدارس.
- **لغة البحث أو المهني**: وتكون عند الاشتراك بين رفاق مهنيين وفيها دقة في الاختيار المهني وتفهم كما لغة الشارع من قبل المختصين بها فقط.

ثانيا: غير لفظي (من خلال: لغة العيون، لغة الجسد، الإيماءات، تعبيرات الوجه، ولغة المسافة)، وتتمثل أسس نجاح الاتصال غير الشفوي في:الابتسامة، التواصل، الإنصات، الاسترخاء، والاهتمام بمستقبل الرسالة.

مظاهر الاتصال غير اللفظي: إن لغة الجسد تشمل كل ما يمكن أن يعبر من خلاله عما يريد الفرد دون استخدام الكلمات.

ويمكن أن تنقل رسائل متنوعة من الراحة والاسترخاء بشكل إيجابي إلى الإهمال وعدم التعاطف من خلال المظهر الجسمي. كلغة الجسد مثل طريقة الجلوس وحركة اليدين والعينين وتعبيرات الوجه ولون البشرة والنفس.

تعبيرات الوجه ولغة العيون:

يعتبر الوجه أكثر أجزاء الجسم وضوحا وتعبيرا عن العواطف والمشاعر وأكثرها في نقل المعاني، كما أنه أكثر الأجزاء صعوبة في فهم التعبيرات التي تصدر عنه، ويقول أحد خبراء الاتصال أن الوجه قادر على أن يعرب عن 250000 تعبير مختلف. ويمكن القول أن هناك على الأقل ستة أنواع من العواطف التي يمكن التعبير عنها باستخدام الوجه وهي التعبير عن السعادة والغضب، والدهشة والحزن، والاشمئزاز، والخوف.

الأعين: تدل على أشياء كثيرة فمثلا

- تلاقي الأعين يدل على الاهتمام أو الرغبة في تبادل الحديث.
- خفض الأعين بعيدا يدل على الانشغال والتحديق يدل على التمسك بالرأي.
- نقص الإبقاء على النظرة المباشرة يدل على الانسحاب أو الاحترام .
- النظرة المنخفضة تدل على الخجل.
- الدموع في العين تدل على الحزن والإحباط والسعادة.
- توسيع حدقات العين فتدل على الانزعاج والاهتمام الحاد.

أما الفم فيدل على:

الابتسامة تدل على معاني كثيرة منها التصرف بإيجابية والإحساس بالرغبة، ويجب أن ينتبه المرشد لأنواع من الابتسام أشار لها غرانت ومنها:

- الابتسامة المستطيلة التي قد تصدر من المسترشد ويلجأ لها عندما يتوجب عليه أن يكون مهذب تجاه الآخرين، حيث تتراجع الشفتين عن الأسنان العلوية والسفلية لتشكل شكلا مستطيلا مع زوايا الشفتين، ولسبب ما نجد أنه لا يوجد أي عمق لهذه الابتسامة كأن نستخدمها لنتظاهر الاستمتاع بنكتة أو تعليق عابر.
- الابتسامة العلوية أو ابتسامة: "كيف حالك" حيث تنكشف الأسنان العلوية فقط والفم بالكاد مفتوح.
- الابتسامة البسيطة: وهي ابتسامة فارغة تماما تحدث عندما يكون الشخص بمفرده ويشعر بالسعادة، ففي هذه الابتسامة تنحني الشفاه إلى الأعلى والخلق ولكنها تبقى متلازمة، أي أن الأسنان لا تظهر.
- الابتسامة العريضة: التي تحدث في ظروف: "سعادة مثيرة" ويكون فيها الفم مفتوحا وتلتوي الشفاه إلى الخلف وتظهر الأسنان العلوية والسفلية وهي تشبه الابتسامة العلوية إلا أن الشفة السفلى تنزل عن الأسنان السفلى.

ومن تعبيرات الفم والشفاه المهمة أيضا:

- ضم الشفاه فيدل على الغضب والضيق.
- قضم الشفة يدل على القلق والحزن.
- فتح الفم يدل على التثاؤب والتعب والدهشة.
- تعبيرات الوجه تدل فيها:
- تلاقي العينين مع الابتسام على السعادة والارتياح.
- عينان مشدودتان وتقطيب الحاجب وإطباق الفم فيدل على الغضب والحزن.
- احمرار الوجه يدل على القلق وعدم الارتياح والخجل.

الإيماءات ووضع الجسم:

هناك العديد من الإيماءات المألوفة والتي لا تختلف على معانيها كهز الرأس بما يفيد الموافقة أو الرفض، ومع ذلك نقول أن الإيماءات هي من نتاج ثقافة المجتمعات. وكلنا يتذكر أن الأستاذ في المدرسة قد طلب منه أن يجلس بطريقة مهذبة أو يقف بطريقة معتدلة. ويشير وضع الجسم إلى درجة الاسترخاء التي يتخذها الفرد أثناء الجلوس أو الوقوف. ويكشف وضع الجسم عن علاقات السلطة وعن الحالة النفسية للفرد فعادة ما يجلس صاحب السلطة الأعلى بدرجة من الاسترخاء أعلى من تلك التي يجلس بها صاحب السلطة الأقل. كما أن الجلوس على حافة المقعد يشير إلى حالة من القلق أو عدم الراحة أو الاستعجال أو التأهب للانصراف.

الرأس يدل على عدة معان ومنها:

- هز الرأس لأعلى ولأسفل على الإصغاء والانتباه والموافقة.
- هز الرأس يمنة ويسرة فيدل على عدم الموافقة.
- خفض الرأس لأسفل مع كون الفك السفلي قريبا من الصدر فيدل على الحزن والانشغال.
- الكتفان فتدل هز الكتفين على الحيرة وعدم التأكد.
- الانثناء للأمام فتدل على الانفتاح على الاتصال والتوكيد والتشويق.
- التململ في الكتفين فتدل على نقص في استقبال الطرف.

حركات اليدين أو اللمس:

تستخدم اليدان في التعبير عن كثير من الرسائل غير اللفظية، فالحركات الإيضاحية كالإشارة إلى مكتب الأستاذ أو إلى قاعة المحاضرات إلى أي مكان آخر يعتمد على استخدام اليدين. وهناك أيضا العلامات أو الشعارات العامة التي يمكن التعبير عنها باليد كالتعبير عن معنى النصر، أو التشجيع، أو الموافقة أو الرفض وتدل حركات اليدين عن الحالة النفسية للفرد مثل ارتعاش اليدين، أو طرق اليد بأصابع اليد الأخرى حيث تعبر هذه الحركات عن حالة القلق وتعتبر حركات اليدين واللمس

من أشكال لغة الجسم التي تتعرض كثيرا لسوء الفهم. فتقديم الطعام إلى ضيفك بيدك اليسرى يكون مقبولا في أحد المجتمعات بينما يعتبر إساءة للضيف في مجتمعات أخرى.

أما الأذرع والأيدي فتدل:

- الذراعان مطبقان على الصدر على تجنب أو كراهية الانفتاح.
- تدل ارتعاد اليدين على القلق والغضب.
- يدل تشبيك اليدين أو ضمهم أو الضغط على الأشياء على القلق والغضب.
- تدل اليدان جامدتان وبدون حراك على التوتر والغضب والإهمال.

وتعتبر المصافحة من أكثر حالات اللمس التي يمكن من خلالها نقل العديد من المعاني فالمصافحة الحارة تنم عن المودة بينما تنم المصافحة الفاترة عن سوء العلاقات أو عدم الترحيب. والمصافحة العادية تتراوح بين ثلاث أو أربع هزات، بينما إذا استمرت لفترة طويلة فقد تحمل معنى التهديد للطرف الآخر. كما أن المصافحة مع وضع اليد اليسرى على يد أو كتف الطرف الآخر تنم عن الإخلاص، ولذلك يستخدم رجال السياسة هذا النوع من المصافحة كوسيلة لتنمية العلاقات مع بعضهم البعض.

أما الأقدام:

بعض الأحيان يجلس المسترشد بطريقة طبيعية، ولكن عندما نجده يضع قدميه مثلا في وضع متقاطع فإن هذا يفسر بشكل عام على أنه علامة على الانسحاب أو عدم الاهتمام، وفيما يلي بعض المؤشرات المتعلقة بالأقدام ودلالاتها:

- استرخاء السيقان يدل على انفتاح في العلاقة والاسترخاء.
- يدل وضع الساقين معا بسرعة على القلق والاكتئاب.
- يدل النقر بالقدمين على القلق وعدم الصبر.
- يدل القدمان ثابتتان ومضبوطتان على القلق والانغلاق.

التعبيرات الصوتية:

إن صوت المتحدث يمد المستمع بكثير من المعلومات، فمن خلال الصوت يمكن معرفة المتحدث، وجنسه، وجنسيته، وسنه، وحجم جسمه، والمنطقة التي ينتمي إليها.

كما أن الصوت يكشف عن اهتمامات المتحدث واتجاهاته، ومشاعره ومركزه الوظيفي، ومزاجه الشخصي من هدوء أو انفعال، أو مرح أو اكتئاب أو انبساط أو حياء وانطواء، كما يكشف عن الجماعة التي ينتمي إليها وعن مستواه الثقافي وتتناول دراسة الصوت البشري عدة مجالات مثل طبقة الصوت، وقوته، والإيقاع والتلعثم وسرعة الصوت، والوقفات.

شكل الجسم ومظهره:

إن ما نمارسه من سلوك في حياتنا اليومية كغسيل اليدين والوجه، وقص الشعر وتقليم الأظافر، واستخدام فرشة الأسنان، واستخدام العطور وأدوات التجميل وممارسة الرياضة البدنية، كلها تعبر عن اهتمامنا بأنفسنا وبشكل الجسم ومظهره وذلك لأننا نسعى إلى استخدام شكل ومظهر الجسم كوسيلة للتأثير في الآخرين، مما يعتبر مكملا لعملية الاتصال. ويدل الجسم كله على:

- التقابل بالوجه مع الشخص الآخر على الانفتاح على الاتصال والتبادل الشخصي.
- يدل الترهل في المقعد على درجة منخفضة من الانفتاح في العلاقة .
- يدل الجلوس في حافة المقعد على التوتر والقلق والانشغال.
- يدل تكرار تقليب الشعر والضغط على الأصابع على الإحساس بالملل والتشتت.
- عندما يصبح التنفس أبطأ وأعمق يدل ذلك على الشعور بالارتياح بشكل أكبر وعلى الاسترخاء.

اللمس:

مثل الربت على الرأس والشد برفق على الكتف ويوصل رسالة دون كلام، ولا يفضل في حالات مثل اختلاف الجنس، أو أن الطفل معرض للإساءة الجسدية من قبل الآخرين أو الإساءة الجنسية، وفي حالة زاد توتر المسترشد وقلقه يفضل الابتعاد عن اللمس.

دلالات ملابس المرشد التربوي:

تعطي ملابس المرشد انطباعات عنه، ولذلك فالملابس المناسبة هي التي تتناسب مع جنس المرشد والتي تكون نظيفة ومنسجمة وألوانها عادية، ولا يكتب عليها عبارات أو يرسم عليها صور، والتي يكون طولها مناسبا.

إن الملابس التي تتوفر فيها هذه الصفات تعطي انطباعات إيجابية عن شخصية المرشد، والملابس التي لا يتوفر فيها هذه الصفات تعطي انطباعات سلبية عن شخصية المرشد وتؤدي إلى عدم تركيز المسترشد في موضوع الجلسة.

وتستغرق المقابلة الإرشادية ما بين 45 إلى 60 دقيقة، و للأطفال تتحدد ما بين 20 إلى 30 دقيقة.

يمكن تقسيم الجلسات الإرشادية حسب أهدافها إلى:

- **المقابلة الابتدائية**: تهدف إلى تقبل المسترشد و طمأنته، و بناء جو من الألفة و الثقة، و الحصول على المعلومات الأساسية عن الحالة.
- **المقابلات التشخيصية**: وتهدف إلى جمع معلومات عن طبيعة المشكلة التي يعاني منها المسترشد و معرفة أسبابها وأعراضها و كيفية التعامل معها.
- **المقابلة الإرشادية والعلاجية**: تهدف إلى مساعدة المسترشد على فهم نفسه ومشكلاته وصراعاته والتخلص منها بإعادة التوافق النفسي إليه.

جرت العادة على تقسيم المقابلة إلى ثلاث مراحل:

- مرحلة الافتتاح تقوم على الألفة و تشجيع المسترشد على الإفصاح عن متاعبه وتستغرق 10 دقائق.
- مرحلة بناء المقابلة وضمنها يتم تحقيق الهدف الأساسي من المقابلة و تستغرق 30 دقيقة.
- مرحلة إنهاء المقابلة وفيها يتم تلخيص للجلسة، تحديد المطلوب إنجازه. وتحديد موعد لاحق وتستغرق 10 دقائق.

أساليب وأنواع المقابلة:

- **مقابلة لجمع الحقائق:** ويستخدم هذا الأسلوب من المقابلة لجمع بيانات ومعلومات عن الشخص وتعتمد على الأسئلة المباشرة وتستخدم الاستبيانات والاختبارات والمقاييس.
- **المقابلة الحرة أو غير المبنية:** وتقوم على التداعي الحر للشخص فلا تقيده بخطة أو بموضوعات معينة.
- **المقابلة المقيدة أو المبنية:** وتدار على أساس مجموعة من الأسئلة المحددة وفقا لموضوعات أو جوانب معينة.

مقومات المقابلة الناجحة:

- طرح الأسئلة على الفرد بمرونة.
- حسن إنصات المرشد.
- حسن ملاحظة المرشد .
- المظهر الخارجي للمرشد وأسلوب لباقته.
- يجب على المرشد عدم إبداء الدهشة عند سماعه آراء المسترشد.
- يجب تجنب المرشد للأسئلة التي تحتوي (نعم) أو (لا) والأسئلة الإيحائية.
- يجب على المرشد أن يتكيف مع الفردية الفريدة لكل حالة وأن يتأقلم معها.

المقابلة المبدئية: تعرف المقابلة المبدئية على أنها فحص حساس يتيح الفرصة للمسترشد أن يكشف بصراحة عن نظرته وإدراكه لذاته ولحياته ولعالمه ولمستقبله.

تستخدم المقابلة المبدئية لتحقيق ثلاثة أهداف:

- ابتداء علاقة إرشادية سلمية
- الدخول إلى العالم النفسي للفرد وكشف مشاعره.
- لإيضاح بنية أو نظام عملية المساعدة أو عملية الإرشاد.

تتضمن المقابلة المبدئية معلومات يتم جمعها من حياة الفرد في المجالات المهمة وهذه المعلومات هي:

- **المشكلة الحالية:** أي المشكلة التي يستشعرها الفرد والتي هي سبب لجوئه للمرشد.
- **بيئة الطالب:** تشمل البيئة الجغرافية ومستوى الأسرة الاقتصادي والعادات والتقاليد والخلفية الاجتماعية.
- **الأسرة:** عمر الوالدين، ظروفهما الصحية، تعليمهما، والخلفية الاجتماعية والاقتصادية، الخ.
- **المجال الشخصي وتاريخ الحالة:** ظروف الولادة، الرضاعة، الفطام، الخ.
- **المجال التعليمي:** سنه وقت التحاقه بالمدرسة، المواد الدراسية المفضلة لديه، مستويات التحصيل.
- **الوضع الراهن:** المظهر الجسمي، حالة الملبس، طريقة الكلام، الحالة المزاجية، مدى انتباهه بالمقابلة.

موجهات أساسية لإجراء المقابلة مع الطلبة:

- **بناء الوئام مع الطالبRapport** : حيث الوئام يشير إلى الفهم والاحترام المتبادلين والاهتمامات المشتركة بين الأفراد، ويتولد الوئام من خلال الدماثة واللباقة وحسن المعاملة.
- **تحديد بنية المقابلة:** أي تحديد الدور المطلوب من الطلبة وقت المقابلة.
- مساعدة المسترشد على التحدث: إتاحة الفرص لهم للتعبير عن آرائهم ومشكلاتهم.
- **اليقظة لمشاعر المسترشد وحاجاته** : يتطلب هذا الجانب انتباها دقيقا ومستمرا لما يقوله المسترشدون.
- **إنهاء المقابلة:** يجب أن تكون بداية المقابلة مثل بدايتها ويستحسن إنهائها بنوع من التدرج والتهدئة ومراعاة عدم قطع الحديث.

مزايا المقابلة:

1. المرونة: يستطيع الباحث أن يسأل السؤال ويفسره أكثر من مرة للحصول على معلومات محددة من المستجيب وخاصة إذا كان هناك سوء فهم من قبل المستجيب.
2. معدل الإجابة: يكون أعلى من حالة الاستبيان لأنه يتيح المجال أمام المستجيبين للتعبير عن رأيهم وأقوالهم خاصة إذا كانوا أميون.
3. مراقبة السلوك: يستطيع الباحث مراقبة سلوك وردود فعل المستجيب وتخمين صحة أقواله ومدى تعبيرها عن الذات.
4. التحكم بالبيئة: يستطيع الباحث توحيد الجو والبيئة التي تجري فيها المقابلة من حيث الهدوء والسرية والظروف المحيطة الأخرى.
5. تسلسل الأسئلة: يضمن الباحث إجابة المستجيب بتسلسل منطقي دون القفز من سؤال إلى آخر حيث أن الباحث هو من يتحكم بطرح الأسئلة.
6. التلقائية: وهي قدرة الباحث على تسجيل الإجابة المباشرة والعفوية للمستجيب بينما في الاستبيان البريدي قد يغير المستجيب من إجاباته.
7. تقليل احتمالية نقل الإجابة عن الآخرين أو إعطاء الاستمارة لأشخاص آخرين لإملائها.
8. الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى مثل التعرف على الأفكار والمشاعر والآمال وبعض الخصائص الشخصية مما يتيح فهمها أفضل للعميل ومشكلاته.
9. العمل على إيصال العميل إلى الشعور بالمسؤولية وتنمية المسؤولية الشخصية للعميل في عملية الإرشاد.
10. إتاحة فرص الاستبصار والحكم على الأحكام الذاتية التي يصدرها أو يكونها كل من المرشد عن العميل والعميل عن نفسه.
11. إعطاء الحرية للعميل للتفكير بصوت عالي في حضور مستمع جيد مما يمكنه من التعبير عن نفسه وعن مشكلاته.

عيوب المقابلة:

1. الكلفة: يتكلف الباحث مبالغ باهظة لكثرة تنقله، وصعوبة تحديد المواعيد، يستلزم الأمر دفع مبالغ للمستجيبين بدل وقتهم وتنقلهم لمكان إجراء المقابلة.
2. التحيز: سواء سلباً أو إيجاباً وهنا يدخل عنصر العاطفة مما يقلل من موضوعية الإجابات ومصداقيتها.
3. تقليل فرصة التفكير ومراجعة الملفات والسجلات واستشارة أفراد من العائلة أو المؤسسة.
4. عدم تماثل طريقة طرح الأسئلة: فقد تختلف طريقة شرح السؤال وتوضيحه من مستجيب إلى آخر.
5. احتمالية تعمد الأفراد بإعطاء إجابات لا تعكس معتقداتهم وآرائهم؛ وذلك لإعطاء الباحث انطباع جيد لمستواهم وثقافتهم.
6. انخفاض معامل الصدق والثبات لنتائج المقابلة وذلك لاختلاف الاستعدادات والقدرات والميول وكذلك لاختلاف مشاعر العميل تجاه خبراته ومشكلاته من يوم إلى آخر.
7. لا تصلح المقابلة في حالات الأطفال وضعاف العقول.
8. الذاتية في تفسير نتائج المقابلة حيث يتأثر المرشد بآراءه السابقة وقد يخطىء المرشد في تقدير السمات أو يبالغ فيها حسب خبراته واتجاهاته.
9. تعتبر المقابلة أكثر الوسائل اعتمادا على مهارة المقابل وأقلها خضوعا للقياس الموضوعي.

الفصل الرابع

الاختبارات النفسية

القياس: هو عملية وصف المعلومات وصفا كميا، أو استخدام الأرقام في وصف وتبويب وتنظيم المعلومات أو البيانات في هيئة سهلة موضوعية يمكن فهمها وثم تفسيرها بسهولة ويسر.

يرى مهرنز أن عملية القياس هي تلك العملية التي تمكن الأخصائي من الحصول على معلومات كمية عن ظاهرة ما، أما أداة القياس فيعرفها مهرنز بأنها أداة منظمة لقياس الظاهرة موضوع القياس والتعبير عنها بلغة رقمية.

وتظهر أدوات القياس في عدد من الصور، كالاختبار (Test) والمقياس (Scale) وقائمة التقدير (Rating Checklist)، كما قد تقسم أدوات القياس إلى نوعين، حسب نوع المعايير المستخدمة فيها، وعلى ذلك فهناك ما تسمى بالاختبارات محكية المرجع ويطلق عليها مصطلح (Criterion-Referenced Tests) وفي هذا النوع من الاختبارات يتم تحديد المعيار أو المعايير من قبل المدرس أو الأخصائي وتوضع بناءا على ما يتوقع من المسترشد، وهناك الاختبارات التي تسمى بالاختبارات معيارية المرجع ويطلق عليها مصطلح (Norm-Referenced Tests) وفي هذا النوع من الاختبارات يقارن أداء الفرد بأداء مجموعة مرجعية أو بأداء المجموعة العمرية التي ينتمي إليها، كاختبارات الذكاء مثلا حيث يقارن أداء الفرد بأداء المجموعة العمرية التي ينتمي إليها، وتستخدم مثل هذه الاختبارات في أغراض تصنيف الطلبة وتحديد مواقعهم على منحى التوزيع الطبيعي مثلا إذا ما استخدمت اختبارات الذكاء كاختبارات معيارية مرجعية لتصنيف الطلبة.

وتقسم أيضا أدوات القياس إلى أدوات القيـاس المسـحية المبدئيـة (Screening Tests) وتسمى أحيانـا أدوات القيـاس غـير الرسميـة (Informal Tests)، وأدوات القياس المقننـة (Standardized Tests)، وتسـمى أحيانا بـأدوات القيـاس الرسميـة (Formal Tests) وغالبا ما تتصف أدوات القياس المقننة بأن لها دلالات صدق وثبات ومعايير خاصة بها، في حين لا تتصف أدوات القياس المسحية المبدئية بذلك.

تشتمل أدوات القياس النفسي والتربوي المستخدمة في التشخيص علـى أدوات بعضها يعتمد على القياس الكمي والبعض الآخر يعتمد على الوصف الكيفي، وذلك على النحو التالي:

- **أدوات القياس الكمي**: اختبارات القـدرات واختبـارات التحصيـل المقننـة وغـير المقننة، واختبارات الشخصية وقوائم التقدير والبطاقات المدرسـية واختبـارات الاتجاهات والميول واختبارات القدرات الحسية.
- **أدوات الوصف الكيفي** : مثل الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة وتحليل محتوى إنتاج الطالب وتصنيفه بصورة تمكّن من تحديد نوعية المشكلات الدراسية التي يعـاني منها.

وظائف الاختبارات والمقاييس بشكل عام:

1. **التوقع أو التنبؤ Prediction** يمكن أن تساعد نتـائج الاختبـارات المرشـد في توقـع النجاح أو الدرجات التي يمكن أن يحصـل عليـها المسترشـد في مجـال معـين مثـل دراسة مقرر، أو وظيفة أو عمل أو غير ذلك من المجالات التي يبذل فيـها جـهدا، ويدخل في ذلك استخدام الاختبارات لاختيار الأشخاص للوظائف.
2. **التشخيص:Diagnosis** يمكن للاختبارات أن تخدم المرشد في عملية التشـخيص أو تصويـر المشـكلة، حيـث يمكـن مسـاعدة المسترشـد علـى فـهم أفضـل لمهاراتـه ومعلوماته، ومن ثم الاستبصار بالمجالات التي يعاني فيها من نقص أو يكون فيـها المسترشد أدنى من المستوى المطلوب.

3. **المراقبة: Monitoring** يمكن للمرشد أن يتابع تقدم وتطور المسترشد باستخدام الاختبارات، ومن أمثلة الاختبارات التي تخدم في هذا المجال الاختبارات التحصيلية التي يمكن باستخدامها متابعة التقدم في التحصيل في فترة زمنية معينة.
4. **التقويم: Evaluation** تعتبر الاختبارات أدوات هامة في عملية تقويم البرامج وتقويم عمل المرشد، وكذلك في جوانب أخرى للتقويم مثل تقويم نمو المسترشد ومدى تحقيق أهداف معينة.

أولاً: وظائف استخدام الاختبارات والمقاييس بالنسبة إلى المعلم

- فهم مستويات التحصيل والتقدم عند التلاميذ.
- تحد المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية للتلاميذ.
- تشخيص صعوبات التعلم عند التلاميذ.
- اتخاذ القرارات المتعلقة بتقسيم التلاميذ إلى مجموعات داخل أنشطة المنهج.
- تحسين أساليب التدريس.
- تقدير فاعلية التدريس.

ثانيا: وظائف استخدام الاختبارات والمقاييس بالنسبة للمرشد

- يستخدم المرشدون الاختبارات لاستنباط معلومات دقيقة وموثوق بها عن إمكانات التلميذ وقدراته واهتماماته وخصائصه الشخصية.
- مساعدة الطلبة في التنبؤ بأدائهم في المستقبل كالنجاح في الجامعة.
- مساعدة الطلبة لاتخاذ قرارات تتعلق بالتخطيط بمستقبلهم التربوي والمهني.
- تشخيص مشكلات الطالب.
- تقويم نواتج التوجيه والإرشاد وتقدير مدى فاعلية البرامج والأساليب والفنيات الإرشادية.

وللمقاييس النفسية أنواع منها: الملاحظة، ومنها مقاييس التقرير الذاتي مثل: المقياس النفسي للاكتئاب، ومنها الاختبارات الإسقاطية كالتي تعتمد على الصور ودرجة تفسير المفحوص لها.

ومن أهم الاختبارات والمقاييس النفسية:

- اختبارات الذكاء: مثل اختبار وكسلر بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين.
- اختبارات القدرات والاستعداد والميول والقيم: مثل مقياس الميول المهنية
- اختبارات ومقاييس الشخصية: مثل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه لهاثاواى وماكنلى بجامعة مينسوتا.

العوامل التي تؤثر في الاختبار قبل وأثناء حدوثه:

أولا: الجوانب التي تسبق الاختبار، ومن العوامل التي تسبق أخذ الاختبار وتؤثر على التطبيق ما يلي:

1. **الخبرة السابقة:** أوضحت كثير من الدراسات أن أخذ الاختبار مرات سابقة يجعل المفحوص يحصل على درجات مرتفعة، وعلى سبيل المثال فقد وجد لونجستاف أن طلاب الجامعة الذين طبق معهم اختبار مينسوتا للأعمال الكتابية على ثلاث مرات متتالية متقاربة زمنيا قد ارتفعت درجاتهم.
2. **مجموعات الاستجابة: Response Sets** قد يكون لدى بعض الأفراد ميل للإجابة بنعم على كل البنود التي يميل لها الفرد والإجابة ب لا على الفقرات التي تشتمل على المشكلات الشخصية، وبمعنى أن هناك قد يكون ميل لأخذ وجهة معينة في الإجابة على أسئلة الاختبار.
3. **مجموعة الإجابات المرغوبة اجتماعيا: Social Desirability** حيث أنه قد يكون هناك ميل لإعطاء إجابات مرغوبة اجتماعيا على بعض الأسئلة في مقاييس الشخصية لكي يصور الفرد نفسه على أنه حسن التكيف، ويتمتع بالصحة النفسية، ويبدو هنا السبب وراء هذه الإجابات هو الدفاع عن النفس ضد تهديد ضمني أو انتقاد أن يكون غير متكيف.

4. **التخمين: Guessing** يمثل الاستعداد للتخمين نوعا آخر من مجموعات الاستجابة عندما يكون المفحوص غير متأكد أو ليس عنده أي فكرة عن الإجابة الصحيحة.
5. **السرعة Speed** في بعض الاختبارات تكون السرعة مطلوبة في الإجابة على الفقرات أو حل المشكلات، وفي هذه الحالات فإن بعض المفحوصين يحصلون على درجات منخفضة نتيجة مرور الوقت دون إنجاز المطلوب.

ثانيا: الإدراكات والمشاعر المتصلة باختبار معين:

في بعض الحالات نجد أن فردا أو جماعة من المسترشدين يكون لهم إدراكات خاصة بالنسبة لاختبار معين، أو للموقف الإرشادي الذي يتم فيه الاختبار، فالمسترشد الذي يدرك اختبارا معينا للذكاء على أنه تهديد لمفهومه لذاته قد يصحب معه كل الاختبارات درجة من الدفاعية، مما ينعكس على أداءه، ويظهر نتيجة إدراك المسترشد لموقف الاختبار بعض القضايا المهمة ومنها:

1. **التزييف والتحريف Faking and Distortion** فمعظم مقاييس الميول والشخصية يمكن أن تزيف في الاتجاه المرغوب.
2. **القلق والتوتر: Anxiety and Tension** ظاهرة القلق والتوتر أثناء الاختبارات معروفة للمرشدين، وقد أجرى ديلونك دراسة على تلاميذ إحدى المدارس الابتدائية حيث أوضح الملاحظون أن بعض هؤلاء التلاميذ تظهر عليهم علامات القلق والتوتر ومنها قضم الأظافر، ومضغ الأقلام، والبكاء، والحديث للنفس والتهيج.
3. **الجهد والدافعية Effort and Motivation** إن ما يتطلع إليه المرشد هو أن يكون المسترشد الذي يطبق معه الاختبارات لديه دافعية ليؤدي أداء طيبا، وألا تكون درجة توتره عالية، ويمكن القول أن المسترشد الذي يرى في الاختبار فائدة له سوف يزيد من الجهد المبذول في الاختبار، وأما إذا فقد المسترشد اهتمامه بالاختبار أو عدم إحساسه بأن الاختبار ذو فائدة بالنسبة له فإن جهده سيكون منخفضا.

ثالثا: موقف الاختبار (إجراءات الفحص)

إن موقف الاختبار نفسه يمثل عنصرا هاما في التأثير على نتيجة الاختبار وينبغي على القائم بالاختبار أن يكون على معرفة تامة بما يحتاجه الاختبار من تجهيزات وظروف، وأن يطمئن إلى وضوح التعليمات وفهمهما من جانب المفحوصين (المسترشدين) وفيما يلي بعض الجوانب المتصلة بموقف الاختبار:

1. **المكان:** يحتاج إجراء الاختبارات إلى غرفة جيدة الإضاءة، تتوافر فيها مناضد ذات أسطح مناسبة للكتابة، وأن تكون الغرفة خالية من الضوضاء بقدر المستطاع، كما يجب أن تكون الغرفة خالية من المشتتات مثل الصور وغيرها، وألا يقطع على المفحوصين صوت التليفون أو غيره.
2. **القائم بالاختبار:** من الأمور التي تؤثر على نتائج الاختبار، الشخص القائم به (الفاحص) سواء كان المرشد أو غيره، وسلوك هذا الشخص، وكذلك سلوك المفحوص (المسترد) وكيفية إدراك المفحوص للفاحص.
3. **بطاقات الإجابة:** في بعض الأحيان وكنوع من خفض النفقات تعد الاختبارات بحيث تتكون من كراسة الاختبار والتعليمات مع ورقة إجابة منفصلة يضع فيها المفحوص ما يختاره من إجابات بإتباع الترتيب الموجود في كراسة الأسئلة، وان يتأكد من أن مفاتيح التصحيح تنطبق على هذه البطاقات.
4. **ملاحظة المفحوص أثناء الاختبار:** من الأمور التي يحتاجها المرشد في عمله أن يلاحظ المسترشد في مواقف متنوعة، ومن بين هذه المواقف موقف الاختبار، ويمكن للمرشد أن يستفيد من الإرشادات التالية التي أعدها مركز الإرشاد بجامعة ماريلاند بالولايات المتحدة الأمريكية:

- المظهر البدني: زيادة النشاط، والنظافة، والعيوب البدنية
- الخصائص اللفظية: النغمة، وارتفاع الصوت، ومعدل الكلام، والثرثرة، والتهجي.
- سلوك الاختبار: التشويش حول الاختبارات، وعدم التعاون، والانتباه.

• السلوك الاجتماعي: عدم المبالاة، والعـداوة، والصداقـة، والبحـث عـن الانتبـاه، والاكتئاب، والتشكك، والتوكيد، والتوجس.

5. **تصحيح الاختبار**: ويعتبر من المهام الرئيسية للمرشد، فالدرجة التي يحصـل عليـها المفحوص تحتوى على مجموعة من الأخطاء العشوائية نتيجة للعوامـل الـتي سـبق ذكرها، وليس من المعقـول أن نضيـف إليـها أخطـاء في التصحيـح، وقـد يكـون التصحيح آليا، أو يدويا.

6. **تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية**: إن الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على اختبار ما تعرف بالدرجة الخام، ولكي يكون لهذه الدرجـة فـائدة فـإن علـى المرشد أن يرجعها إلى ما حصلت عليه مجموعـة مـا يمكـن أن يقـارن بـها الفـرد، والدرجات التي حصلت عليها المجموعة التي تقارن بها درجـة المفحـوص تعـرف بالمعايير Norms والمجموعة نفسـها تعـرف بمجموعـة المعايـير Norms Group أو المجموعة المرجعيـة Reference Group وقـد يكـون للاختبـار الواحـد أكـثر مـن مجموعة مرجعية، إن المعايير مهمة حيث أنها تخبرنا عن كيف أدى الآخرون علـى هذا الاختبار فنحن لا نستطيع أن نستنتج شيئا من مجـرد معرفتنـا للدرجـة الخـام للمفحوص، وإنما يكون لهذه الدرجة معنى فقط عنـد مقارنتـها بمجموعـة معايـير مناسبة، كما أن وجود المعايير يساعد كثيرا في عملية تفسير نتائج الاختبارات.

7. **تفسير نتائج الاختبارات**: عندما يأتي المسترشـد إلى موقـف الإرشـاد تكـون هنـاك مجموعة من التساؤلات التي تحتاج إلى إجابة، مثـل مـا هـو أنسـب تخصـص لي في الثانوية؟ ما هو أنسب مجال يمكن أن أفكر في العمـل فيـه فيمـا بعـد؟ هـل يمكـن مواصلة الدراسة، هل يعاني هذا الفرد من انخفاض في تقدير الذات؟ ومثل هـذه التساؤلات وغيرها هي التي تدفع المرشد أن يطبق مجموعـة مـن الاختبـارات مـع المسترشد ليصل إلى إجابات مناسبة، وبعد تطبيق المراد لهذا الاختبار فهو يحتاج إلى تفسير هذه الدرجات ليستخدمها في مساعدة المسترشد على اتخاذ قرار أو الإجابة على تساؤل حول مشكلته التي جاء بها.

دور الاختبارات والمقاييس في التوجيه والإرشاد النفسي

الإرشاد النفسي: هو العملية التي يمكن بها تنظيم أو عرض المعلومات الخاصة بالفرد على نحو يساعد في الوصول إلى حلول فعالة لمشكلات التكيف التي يعاني منها والتي تكون عادة على المستوى السلوكي العادي أو السوي.

وقد أشار تايلور أهمية الاختبارات والمقاييس في عملية الإرشاد النفسي إلى ما يلي:

1. تمد الاختبارات المرشد النفسي بمعلومات معينة يحتاج إليها في عمله مع الشخص وتساعده في مهمته معه.
2. قد تستثير الاختبارات العميل لاستكشاف ذاته.
3. أن العميل قد يكتسب استبصارا وفهما لنفسه وهو يقوم بأداء الاختبار.

قياس الذكاء كعامل مهم في التشخيص

الذكاء: (Intelligence) هو القدرة على اكتساب المعارف واستخدامها في التكيف للمواقف المستجدة أو المشكلات التي يواجهها الفرد. ويعد الفريد بينيه وزميله سيمون أول من وضعاً مقياساً دقيقاً للذكاء أدى فيما بعد إلى اهتمام العلماء بقياس الذكاء وإلى ظهور اختبارات متعددة له. ونسب الذكاء intelligence quotient نسبة نحصل عليها بقسمة العمر العقلي على العمر الزمني وضرب الناتج في (100). فالفرد الذي عمره العقلي (12) وعمره الزمني 12 تكون نسبة ذكاءه وفق هذا القانون كما يلي 12/ 12 × 100 = 100. والذكاء يكون عالياً إذا زاد عن (100) ويقل إذا قل عن (100) فالفرد الذي يتساوى عمره العقلي مع عمره الزمني تكون نسبة ذكاءه (100) أما إذا قل عمره الزمني عن عمره العقلي كانت نسبة ذكاءه أكثر من (100(وفي حال كان عمره الزمني أعلى من عمره العقلي كانت نسبة ذكاءه أقل من (100)، وعلى أساس هذه المقاييس تم تصنيف الأفراد من حيث الذكاء، فالمعتوه idiot هو من كانت نسبة ذكاءه تتراوح بين (صفر و 25)، أما الأبله imbecile فهو الذي تتراوح نسبة ذكاءه بين (26 و 50) ويعد أحمقاً moron من كانت نسبة ذكاءه تتراوح بين (51 و70)، أما السوي أو المتوسط (average or normal) من كان ذكاءه بين (71 و 110) ومن

كانت نسبة ذكاءه بين (110 و 140) عُدَ فوق المتوسطabove average ، أما من كـانت نسبة ذكاءه (140) فما فوق كان عبقرياً (genius) .

العمر العقلي :(Mental age) مفهوم وضعه العالم النفسي الفرد بينيه وزميله سيمون وهو يشير إلى مستوى القدرة العقلية للفرد مقارنةً مع أقرانه في السن نفسه، فإذا استطاع فرد عمره 10 سنوات الإجابة على اختبار ذكاء يستطيع الأطفال العاديون في هذا العمر الإجابة عليه بنجاح كان عمره العقلي 10 سنوات. وهو عامل من عوامل تقدير نسبة الذكاء لدى الأفراد.

مفهوم الذكاء :

لا يوجد تعريف واحد للذكاء يرضي جميع علماء النفس، فمفهوم الذكاء غير واضح التحديد، فهو يشتمل على الإدراك والتعلم والتذكر والاستدلال وحل المسائل المعقدة، والسلوك الذكي هو سلوك توافقي يتجه نحو هدف ويحل المسائل وتوجهه العمليات المعرفية. والحقيقة أن الذكاء صفة وليس شيئاً موجوداً وجوداً حقيقياً، فقد حلل كثير من العلماء تعريف الذكاء أو تحديده كما لو كان شيئا له وجود أي ككيان حقيقي، ومن هذه التعريفات:-

1- تعريف وكسلر:- " الذكاء هو القدرة الكلية على التفكير العاقل والسلوك الهادف ذي التأثير الفعال في البيئة ".

2- تعريف كلفن:- " القدرة على التعلم".

3- تعريف ديف كهلر:-" القدرة على إدراك العلاقات عن طريق الاستبصار والتوافق العقلي في المواقف الجديدة التي تقابل الفرد في حياته "

4- تعريف ستيرن:-" القدرة العقلية الفطرية العامة لدى الفرد على التكيف العقلي للمشاكل ومواقف الحياة الجديدة ".

5- تعريف سبيرمان:-" الذكاء هو قدرة فطرية عامة أو عامل عام يؤثر في جميع أنواع النشاط العقلي مهما اختلف موضوع هذا النشاط وشكله وتشتمل هذه القدرة على إدراك العلاقات ".

6- ويعرف زكي صالح:-" الذكاء مجموعة أساليب الأداء التي تشترك في كل الاختبارات التي تقيس إي مظهر من مظاهر النشاط العقلي والتي تتميز عن غيرها من أساليب الأداء الأخرى وترتبط بها ارتباطا ضعيفا". أما من الناحية البيولوجية يمكن أن نحدد الذكاء في إطار التكوين التشريحي والنشاط الفسيولوجي للجهاز العصبي المركزي وخاصة مجموعة الخلايا التي تكون الطبقة العليا من المخ وتسمى طبقة القشرة. ويمكن تفسير الذكاء عن طريق عدد الوصلات العصبية التي تصل بين خلايا المخ لتكوين الشبكة العصبية أو الألياف العصبية وهذا ما أشار إليه ثورندايك 1924.

ومن التعريفات السابقة نجد أن الذكاء يشمل الجوانب التالية:-

1- أن الذكاء كلمة مجردة أو تكوين فرضي لا يشير إلى شي مادي ملموس يمتلكه الشخص أي إننا لا نلاحظه مباشرة ولا نقيسه قياسا مباشراً إنما نستدل عليه من آثاره ونتائجه وان هذا التكوين الفرضي ظهر نتيجة البحوث في الاختبارات العقلية ونتيجة استخراج العلاقة بين هذه الاختبارات الواحد منها بالأخر.

2- إن الذكاء هو القاسم المشترك الأكبر بين العمليات العقلية جميعا بدرجات متفاوتة.

3- الجانب المعرفي من الشخصية أي قدرة الشخص على التعرف على معالم بيئته واكتشاف الصفات الملائمة.

للأشياء والأفكار الموجودة وعلاقتها ببعضها.

4- القدرة على استنباط افكار أخرى مناسبة إذا ما للشخص مشكلة تحتاج إلى أعمال الذهن.

ثبات نسبة الذكاء:

عند الحديث عن هذا الموضوع لا بد من التطرق إلى مفهومين أساسين من مفاهيم قياس الذكاء الا وهما:

1- العمر العقلي.

2- نسبة الذكاء.

العمر العقلي هو مستوى الذكاء الذي بلغه الفرد في الوقت الـذي تجـري عليـه المقياس أو هو درجة الفرد بالقياس إلى أفراد آخريـن مـن نفـس سـنه في لحظـة زمنيـة وباستخدام مقياس معين. ويحدد العمر العقلي عـن طريـق تحديـد متوسـط الأعمـال العقلية التي يمكن أن ينجح فيها مجموعة ممثلة من الأفراد في كل سن.

نسبة الذكاء ((intelligence Quotient)) :-

"النسبة المئوية للأداء العقلي الذي يصل إليه الفرد أثناء إجـراء الاختبـارات"، أي يمعني انه عبارة عن العمر العقلي مقسوما على العمر الزمني والناتج مضروبا في مئة.

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

ثبات نسبة الذكاء:-

ربما كان من المشكلات التي أثارت ولا تـزال تثـير الجـدل مشـكلة ثبـات نسـبة الذكاء I Q constancy فهل الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس للذكاء في سـن معينة يمكن أن تتنبأ بشكل جيد بدرجته في سن متأخرة.

وبعبارة أخرى هل يتغير وضع الفرد بالنسبة لأقرانه في الذكاء مع مرور الوقـت أم يظل هذا الوضع ثابتا؟ أي هل يتغير مستوى ذكاء الفرد- بالمقارنة بأقرانـه -بزيـادة العمر ؟

أن الإجابة على هذه التساؤلات ذات أهمية كبيرة نتيجـة لمالها مـن تصنيفـات نظرية وتطبيقية، فمن الناحية النظرية يمكن أن تمدنا ببعض البيانات عن مدى ما تسهم به العوامل البيئية في تنمية الذكاء، ومن الناحية العملية التطبيقية تساعدنا في تحديد مـا إذا كان ممكنا رفع مستوى ذكاء الأفراد، أي مسـتوى الـثروة العقليـة في المجتمـع أم أن ذلك أمر مستحيل ؟

ويمكن أن نلخص النتائج التي توصلت إليها الدراسات إلى أن:-

1- درجات الأطفال في اختبارات الذكاء قبل سن الثانية لا تتنبأ بدقة بأداء الأطفال أنفسهم في اختبارات الذكاء بعد ذلك.

2- تصبح درجات اختبارات الذكاء أكثر استقرارا وثباتا بتقدم الأطفال في السن.

3- ذكاء الأفراد يتصف بالثبات النسبي طيلة حياتهم.

4- نسبة الذكاء يمكن أن تتغير نتيجة للتأثيرات التراكمية للتعليم المدرسي.

5- علاقة الذكاء بالتحصيل المدرسي:- كثيراً ما تسمى اختبارات الذكاء باختبارات الاستعداد المدرسي Scholastic Aptitudes Test وذلك لان صدقها يتحدد عادة في ضوء محكات التحصيل الأكاديمي.وتبدو معرفة طبيعة العلاقة بين الذكاء والتحصيل ذات أهمية عملية بالنسبة للمعلم حيث تمكنه هذه المعرفة من التنبؤ النسبي ببعض الأنماط السلوكية لدى طلابه الأمر الذي يجعله أكثر كفاءة وفعالية في أداء دوره معهم.

وتشير الدراسات عموما إلى وجود ارتباط إيجابي شبه ثابت تبلغ قيمته حوالي 0.50 بين الذكاء والتحصيل.

وذلك لان بعض مضامين اختبارات الذكاء تشابه إلى حد كبير بعض مضامين اختبارات التحصيل وبخاصة عندما تتعلق هذه المضامين ببعض أنماط المهارات والقدرات التي يعززها التعلم المدرسي بمستوياته المختلفة كالقدرة اللفظية والقدرة الاستدلالية.مقاييس الذكاء:- فكرة قياس الذكاء تقوم على فكرة تراكم المعلومات، لان حساب العمر العقلي يقوم علي جميع التجارب التي نجح فيها الفرد، ومع ذلك فانه يتعين متابعة امتداد احتمالات النجاح والإخفاق في مراحل مختلفة من السن، لان بعض النتائج قد يجعلها الفرد في مراحل متقدمة أو متأخرة لعدة سنوات.والذكاء سمة لا يمكن قياسها قياسا مباشرا وإنما يعطى الفرد عملا معينا لإجرائه ويتطلب هذا العمل ممارسة بعض الوظائف العقلية العليا ثم تسجيل النتائج وتقارن بعمل غيره من المتحدين معه في العمر الزمني والموجودين تحت الشروط والظروف، وانه لمن المسلمات أن عينة سلوك الفرد في المواقف الاختبارية تدل على حقيقة سلوكه فيما يقيسه الاختبار، ومقياس الذكاء ليس مقياسا جامدا بل هو عبارة عن عدة اختبارات

شفوية وتحريرية معينة تتضمن مجموعة من المعطيات التي تدل على استخدام العقل والتفكير في الرد عليها وذلك بطريقة منتظمة مع الأخذ في الاعتبار العمر الحقيقي للفرد. وفي تعريف آخر للمقياس الذكاء هو طريقة منظمة لمقارنة سلوك فردين أو أكثر. الشروط الواجب توافرها في اختبارات الذكاء: هناك عدة شروط يجب توافرها في الاختبار النفسي (اختبار الذكاء) نوجزها فيما يلي:

1- **الموضوعية**: يقصد بالموضوعية في هذا النوع من الاختبارات النفسية أن تكون عمليات تطبيق الاختبار وتصحيحه وتفسير درجاته مستقلة عن الحكم الشخصي للفاحص، بمعنى آخر " اتفاق الملاحظات والأحكام اتفاقا مستقلاً".

2- **الثبات**: يقصد بثبات الاختبار النفسي اتساق الدرجات التي يحصل عليها الأفراد إذا ما طبق الاختبار عليهم أكثر من مرة، وتوجد عدة طرق لحساب معامل الثبات نوجزها فيما يلي:

* طريقة إعادة الاختبار.
* طريقة الصور المكافئة.
* طريقة التجزئة النصفية.

3- **الصدق**: يقصد بصدق الاختبار صلاحية الاختبار في قياس ما وضع لقياسه، ويعتبر الصدق أهم شرط في الاختبار النفسي وأصعبها تحقيقا ذلك لأن الظواهر النفسية (الذكاء) نقاس بطرق غير مباشر كما أنها متداخلة مع بعضها ولا نستطيع فصلها عزلها عن بعضها تماما، وهناك عدة أنواع وطرق مختلفة لتحديد صدق الإختبار وأوجزها في النقاط التالية:

* صدق المحتوى.
* الصدق التجريبي.
* الصدق العاملي.

- **المعايير**: إن الدرجة الخام التي يحصل عليها أي فرد في الإختبار النفسي، لا معنى لها ولا دلالة لها في حد ذاتها، ولكي تكون لهذه الدرجة معنى لابد أن تفسر في ضوء

معيار معين، مستمد من أداء المجموعة التي قنن عليها الاختبار، وعن طريق مقارنة درجة الفرد الخام بهذا المعيار نستطيع تحديد مستواه على وجه الدقة، وما إذا كان متوسطا أو فوق المتوسط أو أقل من المتوسط في الصفة التي تم قياسها.وتوجد أنواع مختلفة من المعايير أهمها :

- العمر العقلي ونسبة الذكاء كان الفرد بينيه أول من استخدم العمر العقلي عن طريق ترتيب أسئلة الاختبار وفق المستويات العمرية المعينة المستخدمة في التقنين، فالأسئلة التي يجيب متوسط الأفراد في العمر الزمني 5 سنوات، تعتبر مقياسا للعمر العقلي 5سنوات، والأسئلة التي يجيب أطفال العمر الزمني 6 سنوات، تعتبر مقياسا للعمر العقلي 6 سنوات...... وهكذا. إلا أن العمر العقلي له عيوب، فقد وجد أنه غير كاف لتحديد مستوى الطفل بصورة دقيقة، ذلك لأن الطفل المتخلف عقليا عاما واحدا في سن الخامسة مثلا، يكون تخلفه بمقدار عامين في العاشرة، أي أن السنة من العمر العقلي ليست متساوية في المراحل العمرية المختلفة، لذلك لجأ العلماء إلى حساب نسبة الذكاء الذي تحدثنا عنة في فقرة سابقة.
- المعيار المئيني: يعتبر المعيار الميئيني من أهم المعايير وأكثرها استعمالا، وهو يقسم الأفراد إلى مائة مستوى والدرجات الميئينية هو نوع من ترتيب الأفراد بحيث يقع الأول في المجموعة عند الميئيني، ويكون الأخير عند الميئيني الأول، وتعبر الدرجة الميئينية عن النسبة المئوية لعدد الأفراد من عينة التقنين الذين يقعون تحت درجة خام معينة، والميئينيات تختلف عن النسب المئوية العادية، فالنسبة المئوية هي نسب عدد الإجابات الصحيحة مضروبا في مائة، أما الميئينيات فهي درجات تعبر عن النسبة المئوية لعدد المفحوصين الذين حصلوا على درجات أقل من درجة خام معينة، والعيب المأخوذ على هذا النوع من المعايير هو أن وحداتها ليست متساوية وخاصة عند طرفي التوزيع فالفرق بيم الميئيني 50 والميئيني 55 مثلا ليس مساويا للفرق الميئيني 90 والميئيني 95 .
- الدرج الأول: يارية: تعتبر الدرجات المعيارية أفضل صورة لتحويل الدرجات الخام، أو أفضل معيار يمكن استخدامه وذلك لأنها تعتمد في حسابها على

الانحراف المعياري، وهو أدق مقاييس التشتت كما أنها مقاييس متساوية الوحدات بعكس الميئينيات ويتم حسابها على النحو التالي: الدرجة الخام - المتوسط الدرجة المعيارية -الانحراف المعياري والعيب المأخوذ على هذا النوع أن بعض قيمها سالبة وكذلك تتضمن كسورا مما يشكل صعوبة في تفسيرها واستخدامها، ولذلك ظهرت صور أخرى من الدرجات المعيارية عرفت باسم الدرجات المعيارية المعدلة من أهمها:

*الدرجات التائية

* نسبة الذكاء الانحرافية.

تصنيفات اختبارات الذكاء: تختلف اختبارات الذكاء باختلاف الأساس الذي يقوم عليه التصنيف ومن أهم هذه الأسس:

الأساس الأول: الزمن ويوجد منها نوعين يعتمد على الزمن المحدد:

* اختبارات قوة: وهي الاختبارات ذات الزمن المحدد الذي لا ينبغي أن يسمح بتجاوزه وعادة تكون المفردات سهله والتركيز يكون على السرعة في الإجابة.

* اختبارات قوة : وهي تلك التي ليس لها زمن محدد، ويسمح للمفحوص الإجابة على جميع الأسئلة وتعتمد الدرجة فيها على صعوبة الأسئلة.

الأساس الثاني: طريقة إجراء الاختبار:

* **الاختبارات الفردية:** وهي التي لا يمكن إجراؤها إلا على فرد واحد وتجرى بواسطة فاحص واحد في نفس الوقت مثل (اختبار بينيه واختبار وكسلر للذكاء).

* **الاختبارات الجمعية:** وهي التي يمكن أن تجرى بواسطة فاحص واحد على مجموعة من الأفراد في نفس الوقت. (وسوف نتطرق إلى هذين النوعين من الاختبارات بشيء من التفصيل فيما بعد).

الأساس الثالث: طبيعة الاختبارات

* **اختبارات لفظية:** وهي تلك التي لا تعتمد على اللغة والألفاظ في مفرداتها وهي لا تجري على الأميين.

* **اختبارات غير لفظية:** وهي لا تحتاج إلى اللغة إلا لمجرد التفاهم وشرح التعليمات وعادة ما تكون مفرداتها في شكل صور ورسوم.

الأساس الرابع: نوع الأداء

* اختبارات قرطاسيه (ورقة وقلم).
* اختبارات عقلية مثل فك وتركيب الآلات والعدد وخلافه. ومن خضم هذه الأنواع سوف أقتصر على الحديث عن نوعين وهما:
* الاختبارات الفردية
* الاختبارات الجمعية.

أولا: الاختبارات الفردية: ويوجد العديد من الاختبارات الفردية ولكن سأقتصر بإيجاز في الحديث عن نوعين فقط من الاختبارات الفردية وهي:- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء، اختبارات وكسلر للذكاء.

1- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء: يعتبر اختبار بينيه الذكاء من أشهر اختبارات الذكاء، وذلك لأنه كان أول اختبار حقيقي يعد لهذا الغرض وهو مقياس أعده اثنين من علماء النفس، وهو مقياس علمي متدرج ليتناسب مع السن والقدرات العقلية التي تنمو في الطفل كلما تدرج في عمره. وقد أعده بينيه 1905 بالتعاون مع سيمون، وذلك عندما طلبت منه وزارة المعارف الفرنسية إعداد وسيلة موضوعية لعزل وتصنيف ضفاف العقول ، وقد مر الاختبار بمراحل متعددة وظهرت له تعديلات مختلفة قام بها بينيه بنفسه عام 1908 و1911، والاختبار الأصلي لبينية يتكون من 30 اختبار شمل (التآزر البصري، التمييز الحسي، مدى ذاكرة الأرقام، بيان أوجه التشابه بين الأشياء، وتكملة الجمل وغيرها). وفي تعديل اختبار بينيه عام 1908 تم فيه تصنيف الاختبارات إلى مستويات متدرجة في الصعوبة حسب مستويات الأعمار ابتداء من سن 3سنوات حتى 12 سنه وبذلك تضمن الاختبار عددا من الاختبارات الفرعية لكل سن فيما 3-12 سنه، ونتيجة لهذا التصنيف أمكن استخدام الاختبار في تحديد المستوى الارتقائي الذي وصل إليه الطفل، وقد عبر عن ذلك بالعمر العقلي، وهو أول نوع من المعايير التي استخدمت في

اختبارات الذكاء، فأهم تعديل لهذا الاختبار (اختبار بينيه) وهو التعديل الذي قام به ترمان Terman الذي أخرجه تحت اسم "ستانفورد- بينيه" وذلك نسبة لجامعة ستانفورد الذي يعمل فيها ترمان.

وصف المقياس: يتكون المقياس ستانفورد - بينيه من صندوق يحتوي على مجموعة من اللعب تستخدم مع الأعمار الصغيرة وكتيبين من البطاقات المطبوعة وكراسة لتسجيل الإجابات وكراسة للتعليمات وكراسة معايير التصحيح.

2- **اختبارات وكسلر للذكاء:** في عام 1939 وضع وكسلر David Wechsler مقياسا فرديا لقياس الذكاء، ويتألف هذا الإختبار من ثلاثة مستويات :

#- مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين WAIS.

#- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال WISC.

#- مقياس وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة WPPSI.

والعالم وكسلر يعرف الذكاء بأنه "قدرة الفرد العامة على العمل الهادف وعلى التفكير المنطقي وكذلك على التفاعل مع البيئة بفاعلية ونشاط.

وسوف أتحدث فقط عن مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين. مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمرهقين WAIS:

وصف للمقياس: يتكون المقياس من 11 اختبارا فرعيا، 6 منها تصنف في مقياس لفظي verbal scale و5 منها تصنف في مقياس أدائي أو عملي performance، وفيما يلي وصف موجز لهذه الاختبارات الفرعية مع عدد الأسئلة التي يتكون منها كل اختبار في الطبعتين العربية والأجنبية.

ثانيا : الاختبارات الجمعية (الجماعية) للذكاء

اختبارات الذكاء الجمعية: Group Test of Intelligence

إن اختبارات الذكاء الجماعية تقيس ذكاء مجموعة كبيرة من الأفراد في وقت واحد، بالرغم من أن الاختبارات الجماعية تشبه الاختبارات الفردية بعدد من الأمور، إلا أن الاختبارات الجماعية تختلف في كثير من الأمور الأساسية. فكل اختبار من

الاختبارات الجماعية يكون ذا هدف محدد بصور أكثر من الاختبارات الفردية. فهي تختلف في تصميمها لمراحل عمر معينة فقط، فلذلك هي في الأغلب تكون على سلسة اختبارات متتابعة، علاوة على أنها تختلف من حيث أنواع الأسئلة، فالاختبار مصمم لفئة معينة.

ومثل هذا التخصيص يعتبر ميزة في مواقف معينة. كقاعدة عامة، نجد أن الاختبار الجماعي الجيد يتنبأ بدرجات محكات خاصة بنجاح أكثر مما يقوم به الاختبار الفردي. على الرغم أن الجانب اللفظي من هذا الاختبار ليس عمليا إلا انه أوفر للوقت والنفقات وأيسر بالتعامل.

تاريخ اختبارات الذكاء الجماعية:-

إن أول ما وضعت اختبارات الذكاء الجمعية كانت في أمريكا عام 1917 عندما قررت بالاشتراك في الحرب العالمية الأولى، فأرادت اختبار من يرغب في التجنيد اختبارا عقليا. ويرجع الفضل لهذا النوع من الاختبارات للعلامة اوتيس مع غيره من العلماء في وضع القواعد الأساسية التي تتبع في الاختبارات الجمعية. حيث وضع أسس الاختبارات اللغوية ألفا، والاختبارات العملية بيتا للجيش الأمريكي.

اختبارات الذكاء الجماعية ألفا:-

يعتبر اختبار ألفا لغويا لأنه يعتمد على القراءة والكتابة، ويشتمل على فقرات تقيس درجة الانتباه والتفكير وحل الأسئلة الحسابية، والقدرة على الإدراك. ويتكون مقياس اختبار ألفا، من ثماني مجموعات تشتمل كل منها على عدة أسئلة.

وقد وضعت الأسئلة في هذا المقياس بحيث لا يتطلب كل منها إلا إجابة واحدة موجزة جدا، فقد يجيب المختبر في نصف ساعة على مائتي سؤال. وتكون الأسئلة موزعة بكراس امتحان يطلب الإجابة عليه في وقت محدد بناء على تعليمات خاصة تطبع في الكراسة.

اختبارات الذكاء الجماعية بيتا :-

واختبار بيتا أدائي عملي، يتكون من عدة اختبارات متلاحقة فيها رسوم وصور مختلفة، ومن أهم أصناف هذا النوع من الاختبارات:

- **الاختبارات الأدائية Performance Tests**: وهذا الاختبار يستخدم لقياس ذكاء الأفراد ممن لا يمتلكون قدرات لغوية مناسبة توصل استجاباتهم للآخرين، مثل الأطفال وصغار السن، أو الأميين أو الأجانب.ويطلق عليه أسماء أخرى، مثل الاختبارات العملية، أو اختبارات غير اللفظية، وتتطلب هذه الاختبارات المهام العقلية ذات الطبيعة الحركية، كبناء أشكال أو رسم شكل أو تجميع صورة من صورة مبعثرة.ومن أشهر الاختبارات الأدائية اختبار آرثر، واختبار بنتر – باترسون، ويقيس هذان الاختباران ذكاء الأطفال ما بين (4 – 15) سنة، ويوجد هناك اختبارات تجمع ما بين اختبارات ألفا واختبارات بيتا مثل:- الاختبارات غير المتحيزة ثقافيا Free Culture Test وهي تعتمد اقل ما يمكن على المعرفة أو التربية أو العوامل الثقافية، وهي ظهرت كرد فعل على كثير من اختبارات الذكاء المشبعة بالعوامل الثقافية المختلفة، ومن العوامل التي أدت إلى ظهورها:-
- إن اختبارات الذكاء تفتقر إلى فقرات لأطفال الطبقة الدنيا، لتحيزها ثقافيا لأطفال الطبقة الوسطى.
- إن الاختبارات الذكاء السابقة لها تعتمد على الخبرة السابقة لها فيكون التباين بين أهل المدينة وأهل القرية من الثقافة واختلاف حل المشكلات بالخبرات المكتسبة سابقا، علاوة على اختلاف التفوق والدافع للامتياز والإجادة. بالإضافة على اعتماد اختبارات الذكاء على عنصر اللغة والقراءة بشكل أساسي. غير أن اعتماد اختبارات الذكاء على عامل السرعة، فهي مشكلة تتفاوت فيها الثقافات المختلفة، فيعتبر النجاح نسبي بين شخصين في أمر محدد وحل مشكلته، حيث حل المشكلة دائما يعتمد على عدة عوامل منها: الاستعداد الوراثي، درجة الألفة مع المواقف الثقافية، وقوة دوافعها.

•إن العوامل المذكورة سابقا، يرى العديد من علماء علم النفس أنها تـؤدي إلى بنـاء اختبارات ذكاء تختار عناصر مشتركة بين الثقافات لاختيار المجموعـات الثقافيـة المختلفة، والاختبارات الشائعة في هذا المجال: اختبار المصفوفات المتابعـة الـذي وصفه رافن، واختبـار دافـيزر ايلـز، واختبـار معـهد اليـنوى، واختبـار كـاتل، وجميعها تقيس القدرة العقليـة العامـة دون الاعتمـاد علـى اللغـة والقـراءة، أو العوامل الثقافية المرتبطة بالمجتمع، أو صفة اجتماعية معينـة، وتكـون باسـتخدام أشكال أو رسومات.

أهمية اختبارات الذكاء الجماعية ومزاياها:-

#- تعتبر من الاختبـارات السـهلة التطبيـق وسـريعة في التصحيـح، بالإضافـة إلى استخراج النتائج وتفسيرها.

وهذا يعني تقنين الاختبارات الجمعيـة ممـا يـؤدي إلى قلـة النفقـات والتكـاليف المترتبة عليها، عـلاوة علـى أن الاختبـارات المقننـة بطريقـة جيـدة يمكـن اسـتخدامها للجميع للمراهقين والراشدين بنفس الكفاءة والدقة التي تسـتعمل فيـها الاختبـارات الفرديـة. وعنـد الحاجـة لتصفيـة الأعـداد الكبـيرة يكـون أفضـل الاختبـارات هـو الاختبارات الجمعية.

#- إنها مرتبة فيها بحسب السهولة والصعوبة ترتيبا أدق ما يمكن.

#- لا تستغرق زمنا طويلا في أجراءها وتصحيحها ولا تتطلب إعـداد خاصـا ولا تستدعي جهدا عصبيا خاص.

#- لا يكون التلميذ فيها وجها لوجه مع ضغوط المختبر وانفعالاته وحنقه.

#- إنها الأصلح لاختبار الكبار والأذكياء من الأطفال.

أما لو بحثنا بسلبياتها وقصورها:-إن النتائج التي تعطيها هذه الاختبارات ليـس كالنتائج الدقيقة التي نجدها من الاختبارات الفرديـة، وخصوصـا عنـد تطبيقـها علـى الأطفال.علاوة على أن هذه الاختبارات لا تزودنـا بمعلومـات شـخصية عـن وضـع الأطفال. تطبيقات الاختبارات الجماعية في الوطن العربي:-

(أ) الاختبارات اللفظية

- **اختبار الذكاء الابتدائي:-** وضع هذا الاختبار الأستاذ إسماعيل القباني على أساس اختبار (بالارد)، بعد استبعاد الأسئلة التي لا تلائم البيئة المصرية، وأضاف إليه الأسئلة المناسبة، والأسئلة مكونة من قسمين، متدرجة في الصعوبة. والاختبار يتكون من مئة بند وهو من قسمين في اللغة: الأول يتألف من 31 بندا والثاني من 33 بندا. إن من الميزات الكبرى لهذا الاختبار عن اختبار بالارد بان أسئلته متدرجة الصعوبة، مما حقق التدرج المنتظم في الصعوبة ويحتاج تطبيق نصف الاختبار من 40-54 دقيقة، ويتناول تكملة سلاسل الأعداد وتذكر الأعداد ومتضادات الأعداد، وعلاقات التشابه وترتيب مل وتصور لفظي ومعدل ثابت الاختبار يتراوح بين.86 و.90 للأعمال من 9 سنوات إلى 12 سنة وقد يقيس معامل الصدق للاختبار بمعامل الارتباط بينه وبين اختبارات ذكاء أخرى مثل متاهة يورتيوس• اختبار الذكاء الثانوي وهو من إعداد الأستاذ إسماعيل القباني، ويحتوي على 58 سؤالا وهي تكملة سلاسل الأعداد وتكوين الجمل واستدلال إدراك علاقات لفظية، وهو يصلح هذا الاختبار للتطبيق على طلاب المدارس الإعدادية المتوسطة والثانوية، كما يمكن تطبيقه على الكبار، وهذا الاختبار يقسم إلى خمس طبقات (أ، ب، ج، د، هـ) وتقابل على التوالي (ممتاز، ذكي جدا، ومتوسط الذكاء، ودون المتوسط، الغبي).
- **اختبارات القدرات الأولية:** وقد اعد هذا النوع من الاختبارات الدكتور احمد زكي صالح، على أساس اختبار ثرستون للقدرات العقلية الأولية، والتي تشمل: اختبار معاني الكلمات، واختبار الإدراك المكاني، اختبار التفكير، اختبار القدرة العددية. تبين من الدراسات والأبحاث المتعددة التي أجريت عليه أن درجات ثباته: للفهم اللغوي.87، وللإدراك المكاني.91، والتفكير.81، أما العددي.92، بالإضافة إلى استخراج صدق الاختبار بمعاملات الارتباط بمختلف أقسامه الأربعة واختبارات الذكاء الأخرى.

• **اختبارات الاستعداد العقلي للمرحلة الثانوية والجامعة:** وهذا الاختبار أعدته الدكتورة رمزية الغريب والذي يهدف إلى قياس قدرات عقلية هي : اليقظة العقلية، والقدرة على إدراك العلاقات المكانية في التفكير المنطقي، والتفكير الرياضي، والقدرة على فهم الرموز اللغوية، إن الاختبار يعطي درجة واحدة على كل قدرة كما يعطي درجة كلية على القدرة العقلية للفرد، وهو يقيس القوة وليس له زمنا محددا ويصل معدل الثبات له.92 وصدقه يقوم على أساس ارتباطه باختبارات القدرة العقلية الأولية ويصل معامل الارتباط.77. وهناك اختبارات ذكاء جماعية لفظية أخرى أذكرها هنا فقط بدون تفاصيل عنها:-

* اختبار الذكاء الإعدادي، واختبار الذكاء العالي، وقد أعدهما السيد خيري.

(ب) اختبارات الذكاء غير اللفظية.

* **اختبار الذكاء المصور:** أعده الدكتور أحمد صالح وهو مقتبس من اختبار S.R.A غير اللفظي، وقد قنن هذا الاختبار على أطفال من الثامنة إلى مراهقين في السابعة عشرة، معامل ثبات هذا الاختبار عن 0.82.

***اختبار الذكاء غير اللفظي:** أعده الدكتور عطية محمود هنا، ويقصد هذا الاختبار إلى قياس القدرة على التفكير المجرد كما تتمثل في إدراك العلاقات بين الرموز، وقد تكون علاقات تضاد أو تشابه أو علاقات جزء بكل أو كل بجزء أو علاقات تتابع، ويحتوي على ستين عنصرا ويطلب من المفحوص أن يختار الشكل المخالف من بين مجموعة أشكال، و الاختبار له كراسة تعليمات تبين طريقة تطبيقة وتصحيحه وتحويل الدرجة الخام إلى عمر عقلي ويمكن استخراج نسبة الذكاء.

* **اختبار كاتل للذكاء:** أعده كاتل R.Cattell مجموعة من اختبارات الذكاء، ولها ثلاث مستويات: المقياس الأول للأعمار من 4 سنوات إلى 8 سنوات والراشدين والمتخلفين عقليا، المقياس الثاني للأعمار من 8 إلى 13 سنة

والراشدين والعاديين والمقياس الثالث من سن 13إلى 19 سنة والراشدين والمتفوقين.

وقد قام بنقل المقياس الثاني من مقاييس كاتل إلى العربية الدكتوران أحمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار، ويتكون هذا الاختبار (المقياس الثاني) من جزأين ويحتوي كل جزء منها على أربعة اختيارات فرعية، ويشمل الاختيارات الأربعة أنواعا مختلفة من استنباط العلاقات، وهي اختيارات المسلسلات، والتصنيف، والمصفوفات، والظروف والنوع الأخير حديث نسبيا في استخدامه في هذه الاختبارات.

وهناك اختبارات ذكاء جماعية غير لفظية أخرى أذكرها هنا فقط بدون تفاصيل:

* اختبار رسم الرجل (جودانف).

*اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن.

* اختبار دافيز – ايلز.

أهم الفروق بين اختبارات الذكاء الفردية والجمعية :

#- اختبارات الذكاء الفردية تطبق على الصغار لعدم وجود اختبارات ذكاء جمعية يمكن استخدامها معهم.

إن اختبارات الذكاء الجمعية يستحسن استخدامها مع الراشدين والمراهقين.

#- تعتبر الاختبارات الفردية ذات قيمة تشخيصية كبيرة.

أما الاختبارات الجمعية فهي أسهل في وضعها من الاختبارات الفردية، إذ أن الاختبار الفردي يتطلب وقتا طويلا وجهدا كبيرا ونفقات باهظة لاختيار مواده وتقنينه، وعلى الأخص وضع التعليمات الخاصة بتطبيقه وتصحيح وتدريب الأشخاص الذين يقومون بالتطبيق والتصحيح وتفسير نتائجه.

المقاييس التي تهتم بالجوانب النفسية للمسترشد

أولا: مقاييس الشخصية

استخدم عدد من علماء النفس أدوات عديدة لقياس الشخصية، وغالبا ما يستخدمون أكثر من أداة لتحديد سمات الشخصية وخصائصها وجوانب المرض فيها. كالمقابلات والملاحظات والتجارب والاختبارات، وهذه المقاييس تندرج ضمن ثلاثة أنواع هي:

أ- **الاختبارات الموضوعية أو مقاييس التقدير الذاتي** التي تقتصر إجابات المفحوص فيها على وضع إشارة أو كتابة كلمة صح أمام فقرة يراها صحيحة من وجهة نظرة والأساليب الاسقاطية التي يترك فيها للمفحوص حرية التعبير والحديث والتعليق على بعض المواقف والمثيرات الغامضة بهدف الكشف عن شخصيته من خلال ما يسقطه من مشاعره وحاجاته ورغباته.

1. أساليب تكوينية تنظيمية تتطلب من الفاحص أن يفرض على المفحوص المادة المعروضة.
2. أساليب بنائية تتطلب من المفحوص تنظيم مواد محددة الحجم.
3. أساليب تفسيرية انفعاليا. من المفحوص تفسير لأشياء يجيد فيها معنى شخصيا أو انفعاليا.
4. أساليب تفريغية أو تطهيرية تتيح للمفحوص أن يستعيد ذاكرته وان يتخلص من انفعالاته كما في طريقة اللعب الجماعي.
5. أساليب تحريفية تعطي صورة عن شخصية المفحوص من خلال التحريف او التغيير الذي يحدثه المفحوص في أساليب الأطفال كاستخدام أساليب كلامية معينة.

ب- **مقاييس التقدير**: وهو أسهل أنواع القياسات الشخصية حيث يقوم الشخص المفحوص تقدير مستوى شخص من الناحية النفسية او التعليمية او الوظيفية،

وتعتبر تقارير الكفاية التي تستخدم في مؤسسات العمل والدوائر الحكومية خير مثال لهذا النوع.

واليك عدد من الاختبارات والمقاييس النفسية:

* **مقاييس الشخصية أحادية السمة أو أحادية:** وهي تلك الاختبارات التي تقيس سمة شخصية واحدة وتعتمد في بنائها على نظرية تكوين الشخصية من سمات أو خصائص وليس أنماطا محددة، وهذا النوع من الاختبارات يغطي العناصر والمكونات السلوكية لسمة من سمات الشخصية مثل القدرة الاجتماعية أو الثبات الانفعالي.

1- اختبار وودورث وهو من أقدم الاختبارات المستخدمة عمليا في قياس الشخصية، ويتألف الاختبار في صورته النهائية من 116 سؤالا يجيب عنها المفحوص بنعم أو لا.

2- اختبار كولجيت للصحة النفسية، اعد هذا الاختبار دونالد ليرد بهدف الوصول إلى طريقة موضوعية ثابتة وصادقة لمعرفة الأشخاص الذين يحتاجون إلى العلاج النفسي. وتزويدنا بأداة تعطينا مقياسا محددا لقياس درجة ونوع الانحراف عن العاديين من الناس، ويتألف الاختبار من مجموعتين الأولى من 75 فقرة لقياس النزعات العصابية وتتكون الثانية من 53 فقرة لقياس الانطواء والانبساط.

* **الاختبارات المتعددة الأبعاد:** وتهدف إلى قياس أكثر من سمة من سمات الشخصية في وقت واحد، وقد يتكون الاختبار المتعدد البعد من عدة اختبارات أحادية البعد في وقت واحد.

1. **اختبار الشخصية لبرنرويتر:** اعد هذا الاختبار روبرت برنرويتر ويقيس جوانب متعددة من الشخصية في وقت واحد مما يجعله يحقق وفرة كبيرة في التكاليف والزمن اللازم لتطبيق الاختبار، ويتكون الاختبار من 125 سؤال يجيب المفحوص عن كل منها بنعم أو لا أو لا ادري، ويمثل الاختبار خمسة مقاييس فرعية هي مقياس الميل العصابي، والاكتفاء الذاتي، ومقياس الانطواء والانبساط، ومقياس السيطرة والخضوع، مقياس الثقة بالنفس، مقياس المشاركة الاجتماعية.

2. **اختبار الشخصية المتعدد الأوجه** طوره هاثاواي وماكنلي، ويعتبر حاليا أكثر اختبارات الشخصية شيوعا واستخداما في العيادات النفسية والمؤسسات التربوية، ويستطيع هذا المقياس قياس عدة أبعاد من شخصية الفرد في وقت واحد. ويعتبر أحد مقاييس التقدير الذاتي الهامة.

3. **اختبار كاليفورنيا للشخصية**: أعد هذا الاختبار هاريسون جوخ، وقد اهتم بخصائص الشخصية التي تنطبق على السلوك العادي أكثر من ارتباطها بالنواحي المرضية. ويتكون الاختبار من 480 فقرة يجيب عنها المفحوص ب صح او خطأ، وتقدر الإجابات وفق 18 مقياسا مقننا تهدف إلى إعطاء نظرة شاملة على الفرد من وجهة نظر التفاعل الاجتماعي.

3. **الاختبارات الاسقاطية**: تقوم فكرة هذه الاختبارات على إحدى وسائل الدفاع الأولية التي نادى بها فرويد وهي الإسقاط، حيث يقوم الشخص بنسبة ما فيه من عيوب أو خصائص غير مقبولة إلى الآخرين وإلصاقها بهم. وبالتالي فأن هذه الاختبارات تعتمد على تعويض المفحوصين لبعض المثيرات والمواقف الغامضة، ويقوم الأخصائيون النفسيون بملاحظة كيف تكون ردود الفعل ونوعية استجاباتهم لهذه المثيرات. ومن نماذج الاختبارات الاسقاطية ما يلي:

1. **اختبار بقع الحبر الرورشاخ**: طوره العالم هيرمان رورشاخ هذا الاختبار عام 1920. وتقوم فكرة الاختبار على أسلوب تداعي المعاني والأفكار، حيث يتم عرض عشر بطاقات بعضها ملون والبعض الآخر باللونين الأسود والأبيض فقط على المفحوص الواحدة تلو الأخرى، ويطلب منه أن يبين ماذا تشبه هذه الرسوم أو البقع الحبرية المعروضة أمامه، ويجب أن نوضح للمفحوص انه لا يوجد إجابات محددة أو معينة. بل كل ما عليه هو التعبير عن ما يجول بخاطره أو يتبادر إلى ذهنه عند رؤية هذه الأشكال بعفوية وبسرعة أيضاً.

2. **اختبار تفهم الموضوع**: قام موري ومورجان بتطوير هذا الاختبار عام 1935م، ويتكون الاختبار من جزأين منفصلين هما اختبار تفهم الموضوع للأطفال: ويحتوي على عشر بطاقات تشتمل على صور للحيوانات والأشجار. واختبار

تفهم الموضوع للراشدين، يحتوي على عشرين صورة ويعرض على المفحوص في هذا الاختبار مجموعة من الصور الغامضة نوعا ما "عشرون بطاقة تحمل صورا لأشخاص في مواقف معينة" وإحدى هذه الصور بيضاء فقط ويطلب من المفحوص أن ينسج قصة حول ما توحي به هذه الصورة له مع ذكر أسماء الأشخاص الذين يختارهم كأبطال لهذه القصة.

ثانيا: مقاييس الاتجاهات والميول النفسية

تحتل دراسة الميول والاتجاهات مكانة بارزة في التربية والتعليم وفي دراسات الشخصية وديناميات الجماعة والتواصل والعلاقات الإنسانية العامة والخاصة.

ويعرف الاتجاه على انه حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي، تنتظم من خلاله خبرة الفرد. وتكون ذات تأثير توجيهي، او دينامي على استجابته لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثير هذه الاستجابة.

وعند قياس الاتجاهات النفسية فأنه لا بد من الإشارة إلى عدد من النقاط الهامة التي يجب على أخصائي القياس أخذها بعين الاعتبار:

1. إن عملية قياس الاتجاه النفسي ليست في عمومية قياس الذكاء او القدرات بل هي أقرب إلى النوعية والخصوصية مثل مقاييس الشخصية.
2. إعداد مجموعة من البنود أو العبارات التي تتصل بموضوع الاتجاه في صيغ مختلفة ثم إعدادها في صورة يمكن استخدامها. بمعنى أن يتوفر في كل عبارة أو بند المفهوم المحدد الذي يثير اهتمام المفحوص ويدعوه إلى أن يستجيب لمضمونه وما يهدف إليه.
3. الاتجاه نحو الذات: بحيث نقيس كلا من الاعتبار الذاتي ومفهوم الذات وتحقيق الذات وتكامل الشخصية والثقة بالنفس ومركز الضبط في الشخصية، والفرد في الشخصية.
4. الاتجاه نحو المدرسة: بحيث نقيس كلا من الموضوعات الدراسية والزملاء داخل غرفة الصف وفي ساحة المدرسة والمعلمون والإدارة المدرسية والبيئة المدرسية وعملية التعلم والتربية بعامة.

5. الاتجاه نحو الآخرين: ونقيس في هذا الاتجاه الثقة بالآخرين وتقبل الآخرين والاهتمام بالآخرين والتبصر الاجتماعي.

6. الاتجاه نحو الاهتمامات العامة، ويتضمن هذا النوع الاتجاهات. الاهتمامات المختلفة للإفراد وتشتمل هذه الاهتمامات على كل من العمل والعلم والمأكولات والحياة والقيم.

7. مقياس التباعد الاجتماعي الذي يحتوي على وحدات أو عبارات تمثل بعض مواقف الحياة الحقيقية للتعبير عن مدى البعد الاجتماعي أو المسافة الاجتماعية لقياس تسامح الفرد أو تعصبه وتقبله أو نفوره وقربه أو بعده.

8. مقياس ليكرت: ابتكر ليكرت طريقته لقياس الاتجاهات نحو شتى الموضوعات مثل المحافظة والتقدمية والزنوج.

مقياس ثيرستون: اعد هذا المقياس ثيرستون ليقيس اتجاهات الشخص نحو عدد من الموضوعات التي تمت صياغتها على شكل عبارات لكل منها وزن خاص وقيمة خاصة معبرة عن وضعها بالنسبة للمقياس ككل. ويطلب من المفحوص وضع إشارة (X) إلى جانب العبارة أو العبارات التي يرى أنها تتفق ورأيه.

مزايا استخدام تلك المقاييس: تتسم المقاييس النفسية عادة

- **الكفاءة والعملية:Efficiency** لا تتطلب جهدا تفسيريا أو إحصائيا يعوق الممارسة العملية.
- **وسيلة للدراسة المتعمقة Accessibility** قد تكشف بعض الظواهر الكامنة من مكونات الشخصية وعاداتها وسلوكياتها
- **وسيلة للتنفيس والتعبير** فهي تصلح لفئة الذين لا يجيدون التعبير الصريح عن حقيقة مشاعرهم ومن ثم تعد فرصة جيدة وأداة فعالة لهذه الفئة.
- **تصلح لعقد مقارنة Comparability** تفيد الدرجات النهائية بكل مقياس في عقد مقارنة بينها وبين درجات الآخرين أو درجات نفس المفحوص في مراحل متتالية.

•الحياد Neutrality عادة لا تعطى المقاييس فرصة للفاحص بالتدخل بآرائه الشخصية فهي تعطى درجة من الموضوعية جيدة لبعدها عن التعصب والأحكام الذاتية للفاحص.

من عيوب المقاييس:

•قد لا تقيس المشكلة الخاصة بالمفحوص.

•صياغة العبارات قد تكون عرضة لأكثر من تأويل.

• قد تعطى بيانات متحيزة بسبب الممارسة والاستجابة والتوقع والتزييف.

•الخصائص السيكومترية للمقاييس كالصدق والمعايير والثبات قد لا تكون معدة لكل المشكلات أو المفحوصين.

• قد تكون صياغة الاختبار مؤثرة على إمكانية فهمه لمحدودي التعليم.

• يصفها البعض بأنها سطحية ومضلله لأنها تستجوب الشعور.

• يصفها البعض بأنها جزئية ولا تقيس الميكانزمات الدفاعية.

• تنظر إلى الفرد على أنه حاصل جمع دون اعتبار للوزن النسبي لجمل العبارات.

•لا تضع في حسابها الفروق الفردية سواء في صياغة العبارات أو في التفسير.

• تتأثر الدرجات بشكل ما بدرجة القلق (قلق الاختبار لدى المفحوص).

• تتأثر الدرجات بالحالة المعنوية للمفحوص عند الإجراء كجوعه أو عطشه أو شعوره بالبرد مثلا وأشباه ذلك ومن ثم تتأثر استجابته.

• تتأثر استجابة المفحوص إلى حد ما بموقف الفاحص.

• تتعرض الاستجابة إلى حد ما للتخمين.

• تتأثر استجابة المفحوص بما يسمى المرغوبية الاجتماعية حيث يود أن يظهر جيدا بين الناس.

• عادة ما يخضع تفسير العبارات لثقافة وأيدلوجية وفلسفة الفرد الخاصة.

الباب الرابع

تشخيص المشكلات السلوكية والنفسية والتربوية

الفصل الأول

النماذج المفسرة للمشكلات لدى الطلبة بشكل عام

أولا: النموذج البيولوجي: The Biological Model

- يفترض أن الأسباب الرئيسية والأكثر فعالية في علاج السلوك الشاذ تكون بيولوجية بالدرجة الأولى، وعلى وجه العموم يكون هناك اختلالا وظيفيا حيوية في الجهاز العصبي وللمخ على وجه الخصوص، وبالتالي فان استخدام الأدوية سوف يعدل من هذه الاختلال الوظيفي.
- ونظرا لان هذا النموذج يشبه السلوك الشاذ بأعراض المرض الجسمي ولذلك سمي أحيانا بالنموذج المرضي Disease Model ، فهو يرى مثلا أن العوامل الجينية مرتبطة بالخجل والعدوان ومسببة لهما
- إن تاريخ النموذج البيولوجي تاريخ قديم من العهد الإغريقي والروماني، وقد دعم هذا النموذج كربيلين (هو الذي ادخله إلى تفسير المرض العقلي).
- لقد اهتم تشخيص الاضطرابات النفسية الحديث DSM4 بإحدى محاوره وهو المحور الثالث في الأمراض الطبية والظروف وثيقة الصلة بها، ومنها الاضطرابات الجسدية والمعرفية.
- وللتعرف أكثر على كيفية عمل النموذج البيولوجي لا بد من التعرف على الجهاز العصبي وهو الجهاز الذي يتحكم في كل من أفكارنا وتصرفاتنا وعواطفنا وانفعالاتنا ويتكون من الخلايا العصبية أو ما يعرف بالنيرونات وهي تتلقى المعلومات من المستقبلات الحسية (كالعين والأذن) ثم تنقل الرسائل العصبية إلى خلايا عصبية أخرى أو إلى العضلات أو الغدد.

- ويركز هذا النموذج على أهمية الناقل العصبي في تنسيق وظائف الجهاز العصبي (الناقل العصبي: المواد الكيمائية في المخ التي تساعد على نقل المعلومات في الجهاز العصبي المركزي، فالمعلومات تنتقل داخل الخلية العصبية بواسطة دفعة كهربية، أما انتقالها بين الخلايا العصبية فعن طريق الناقلات العصبية)، فهناك مناطق محددة في المخ مسؤولة عن التحكم في مناطق معينة من الجسم، فعلى سبيل المثال فهناك مناطق مسؤولة عن التعبير الانفعالي وذلك من خلال تركيز ناقلين عصبيين على الأقل وهما الاستيل كولين والنور بيفرين (النور أدرينالين)، كما أن زيادة او نقص إفراز الناقلات العصبية مثل النور أدرينالين والسيروتين والدوبامين هي المسؤولة إلى حد كبير عن أعراض الفصام والاضطرابات المزاجية.
- ويعد ميهل Meehl 1962 أول من أطلق افتراض الاستعداد الوراثي أو الاستهداف للاضطراب النفسي مثل الفصام أو استخدام العقاقير وسميت نظريته بنظرية الاستهداف للتوتر، ورغم ذلك لن تظهر ما لم يكن هناك ضغوط بيئية مثل وفاة عزيز أو طلاق أو ضغوط بيولوجية مثل المرض، وتصبح هذه الضغوط مؤثرة بصورة كافية لتحويل هذا الاستعداد الوراثي إلى اضطراب فعلي.

وهناك أربعة طرق لدراسة التأثير المتبادل بين الوراثة والبيئة:

1- طريقة الدراسات الأسرية: والتي تعتمد على مبدأ حتى لو كانت المشكلة النفسية لاتخضع بشكل ثابت لقوانين الوراثة إلا أن المشكلة تورث في العائلات التي يصاب أفرادها أكثر بهذه المشكلات، والتي يشار إليها من خلال ما يسمى التوقع أو الاحتمال Propend، وعلى الرغم من أن هذه الدراسات مفيدة في تحديد نوع المشكلة في العائلة ودرجة تواتره إلا أنها غير كافية لتحديد تأثير البيئة والوراثة.

2- طريقة دراسات شجرة النسب: وهي تحدد نسب توزيع الاضطراب المدروس بين ذوي القرابة القوية والقرابة البعيدة، وعندما تجد الدراسات أن جين معين منتشر في أسرة ما.

3- دراسات التوائم: يهتم مؤيدو الوراثة بدراسات التوائم فالتوائم المتماثلة تصل نسبة اتفاقهم في المادة الجينية إلى 100٪ لأنهم انحدروا من بويضة واحدة، وتبين أن

المشكلات أعلى في التوائم المتماثلة منه في التوائم الأخوية التي تصل نسبة اتفاقهم في المادة الجينية إلى 50٪.

4- دراسات التبني: وهي من احدث طرق البحث في تأثير الوراثة في المشكلات النفسية، وقد وجدت الدراسات انتشار الفصام بين الإخوة الذين تم تبنيهم وإخوتهم الأصليين بشكل اكبر.

ثانيا: النموذج السيكوديناميي (التحليل النفسي) The Psychodynamic Model

- انطلقت من مؤسسها فرويد الذي ذكر أن السلوك الإنساني يتأثر بشدة بالعمليات النفسية اللاشعورية التي لا تكون على وعي بها او بعبارة أخرى بصراعاتنا الداخلية واندفاعاتنا ورغباتنا ودوافعنا، ومن أهم النظريات:

1- **سيجموند فرويد**: ويرى أن الشخصية تتكون من ثلاثة أطوار وهي الهو والأنا والأنا الأعلى، وأنها تعمل كلها معا، وأن الهو عنصر بيولوجي والأنا عنصر نفسي والأنا الأعلى عنصر اجتماعي، والتداخل بين الهو والأنا والأنا الأعلى هي الديناميكية النفسية للشخصية ويرى فرويد أن معظم سلوكنا محدد بقوى ليست في متناول اليد أو الوعي، والانا يتطور بعد ستة أشهر ويتعامل مع الواقع، ومن أهم إسهاماته أيضا التأكيد على أهمية خبرات الطفولة في تشكيل الخبرات الناجحة، وتطوير ميكانزمات الدفاع التي نستعملها للتقليل من التوتر والقلق، والتركيز على أن السلوك الظاهر لا يعطي دائما الغرض منه فهناك قصد مخفي دائما من السلوك. ورأى أن سبب المشكلات هو:

- التثبيت الذي يحدث نتيجة عدم مرور الطفل من الأزمة التي يمر بها في مراحل الشخصية الخمسة(الفمية، الشرجية، القضيبية، الكمون، التناسلية)، فمثلا فإن الوساوس ترجع إلى المرحلة الشرجية، وأن أهم أزمة هي حول عمر 4 سنوات.
- كما يرى فرويد أن أساس المرض النفسي هي الصراعات التي يعمل الفرد على كبتها، كما أن استخدام آليات الدفاع بطريقة مبالغ فيها يولد الاضطراب النفسي ومن هذه الآليات (النكوص، الإنكار، الإسقاط، التقمص).

- كما أن الفرد قد يصل لحالة من القلق بسبب عدم الوعي بالصراعات وهو جوهر القلق الوجودي، وله أنواع: واقعي، عصابي، أخلاقي .
- سميت طريقته في العلاج بالعلاج الكلامي Talking Therapy

1- **يونج**: يرى أن مجموعة طاقات الحياة أو الليبيدو Libido ليست جنسية فقط بل ذخيرة كبيرة من غرائز الحياة كلها، وأن المشكلات النفسية تنشأ في أنماط الشخصية الانطوائية والانبساطية من جهة، وتظهر من المشكلات التي خبرها الفرد من والده عندما كان طفلا.

2- **أدلر**: إن الطاقة للإنسان ليست جنسية وإنما هي إرادة القوة وحب السيطرة، وأن الشعور بالنقص يدفع الفرد للتعويض عنه للحصول على القوة والمكانة، إذا فالمشكلة النفسية تحدث نتيجة فشل الفرد في التعويض فيتحول الشعور بالنقص إلى عقدة نقص.

3- **فروم**: ركز على علم النفس الاجتماعي ورأى أن المشكلات النفسية تفهم من خلال العلوم الاجتماعية، وأن الشخصية قد تكون منتجة او غير منتجة، ومن أشكال الشخصية غير المنتجة الاستغلالية والاستهلاكية والكنوزة.

4- **سوليفان**: رأى أن كل الصور غير العضوية للمشكلات النفسية ترجع إلى علاقات بين شخصية غير صحية، ويتضمن ذلك التعلق الأموي الزائد والعقاب غير المناسب والافتقاد إلى العطف والحنان الكافي في مرحلة الطفولة والفشل في الحصول على جماعية الرفاق المناسبة من الصبيان أو تحقيق الصداقة في مرحلة الطفولة والمراهقة والنتيجة هي تدني في تقدير الفرد لذاته وعدم قدرته على تشكيل سلوكيات ناجحة أو تفاعلات ناجحة مع الآخرين.

5- **علم نفس الأنا**: اريكسون وقد رأى أن الشخصية يستمر نموها طيلة حياة الإنسان، وركز على الدور الاجتماعي والثقافي في المرض النفسي، وأن الفرد يمر بفترات حرجة للنمو أو أزمات وهي ثمان مراحل، وكل مرحلة تحمل أزمة تتطلب الحل وهي:

- الثقة مقابل عدم الثقة وتمتد من الولادة وحتى بداية السنة الثانية

- الاستقلال الذاتي مقابل الشك من الثانية وحتى الثالثة.
- المبادأة او تعلم المهارات مقابل الشعور بالذنب من 4-5.
- الإنجاز والاجتهاد مقابل الشعور بالنقص من 6-11.
- تحديد الهوية مقابل التشويش بالدور والهوية من 12-18.
- الألفة أو المودة مقابل الانعزال من 19-35.
- الإنتاجية مقابل الركود من 35-60.
- التكامل مقابل اليأس من 60 سنة فما فوق.

6- ماهلر Mahler : وهي من علماء نفس الأنا أيضا مثل اريكسون حيث تركـز مثلـه على أهمية الدور الاجتماعي والثقافي في المرض النفسي، وترى ماهلر أهمية الأنا وميكانزماتها الدفاعية في نمو الشخصية واضطرابـها النفسـي علـى السـواء، كمـا أكدت أهمية الاستقلال والتفرد خلال مرحلة الطفولة وتتحقق خـلال السـنوات الثلاث الأولى من الحياة على أن يقترن ذلك بعلاقة عاطفية قوية مع الأم.

7- هورني: إن القلق والاكتئاب ما هي إلا علامـات شـائعة للمـرض النفسـي الـذي يتطور كنتيجة لأحد ثـلاث صراعـات بـين شـخصية هـي التحـرك نحـو النـاس والتحرك ضد الناس والتحـرك بعيـدا عـن النـاس، وهـو مـا يخلـق ثلاثـة أنمـاط للشخصية وهي: النمط المشارك النمط المهاجم والنمط الهارب من الناس.

ثالثا: النموذج الإنساني The Humanistic Model

ويندرج تحت العلاج الإنساني العلاج المرتكز علـى العميـل (روجـرزRogers) والعلاج الوجودي(فرانكل Frankl) والعلاج الجشتالتي (بيرلز Perls).

وتشبه هذه الاتجاهات العلاج التحليلي من حيث تركيزه على التبصـر وبالتـالي فإن السلوك المشكل ينتج عن نقص في التبصـر وأفضـل طريقـة للعـلاج هـي بزيـادة الوعي للدوافع والحاجات، لكن الاتجاه الإنساني يهتم بالتركيز على حريـة الشـخص للاختيار واعتبار أن حرية الإرادة هي أهـم مميزة للإنسـان، وهـذه الحريـة قـد تحقـق السعادة والاكتفاء والرضى للشخص، ولكنها إذا لم يتم التعامل معها بطريقة صحيحة

فقد تهدد الألم النفسي وتسبب المعاناة، ولا يركز الاتجاه على كيف تطورت المشاكل ولكن له تأثير قوي في التدخلات العلاجية.

1- نظرية التمركز حول العميل لروجرز: ويفترض أنه:

- يمكن فهم الإنسان من خلال عالمه الظاهراتي الخاص به لذلك يجب أن ننظر إلى الطريقة التي يختبر فيها الفرد.
- الأشخاص الأصحاء واعون لسلوكهم.
- والأشخاص الأصحاء هم بالفطرة جيدون وفعالون، فقط يصبحون مضطربين عندما يتدخل التعلم الخاطئ
- الأصحاء موجهون نحو هدف وغرض، وهم لا يستجيبون بطريقة سلبية للتأثيرات البيئية أو للدوافع الداخلية بل هم موجهون داخليا (هنا روجرز قريب من علم نفس الأنا).
- يجب على المعالجين خلق البيئة المناسبة والظروف أيضا التي تسهل القرارات المستقلة التي يأخذها العميل، ويكون ذلك عندما لا يتم تقييم العميل ولا يفرض عليه رغبات الآخرين وآرائهم وعندها يستطيع تحقيق ذاته.
- ترجع المشكلة النفسية إلى الافتقار للاعتبار الإيجابي غير المشروط وعدم التطابق بين الخبرة ومفهوم الذات.
- ينشأ السلوك المشكل من وجود شروط للأهمية تقف حائل بين الفرد وإشباع حاجاته للاعتبار الإيجابي وتؤدي شروط الأهمية إلى إنكار الفرد لجانب من خبراته أو تشويهها وبالتالي ينشأ عدم التطابق الذي يعتبره روجرز مرادفا للاضطراب النفسي، إن عدم التطابق يمكن أن يمر به كل الناس وبالتالي فان أي خبرة يمر بها الناس يمكن أن:

1- ترمز بدقة في الوعي.

2- تشوه.

3- تستبعد من الترميز وفي الحالتين 2و3 فان عدم التطابق هو النتيجة.

- هنا الخبرة في الحالتين الثانية والثالثة لا تنكر أو تحرف لأنها تمثل خطيئة أو مضادة للمجتمع كما عند فرويد، ولكن هنا الخبرة يتم استبعادها لأنها تتعارض مع بنية الذات.
- وعندما يوجد عدم التطابق بين الذات والخبرة فان الشخص يكون غير متوافق ومعرض للقلق ويسلك سلوك دفاعي وينشأ القلق عندما يستشعر الفرد الخبرة على أنها غير متسقة مع بنية الذات لديه.
- في العلاج فإن وظيفة المعالج خلق الظروف المناسبة التي تسهل عملية رجوع الفرد إلى طبيعته، وعلى المعالج أن يتقبل العميل بشكل كلي وبدون شروط بمعنى: أن يحب المرشد مسترشده بغض النظر عن سلوكه.

2- **نظرية ماسلو في تحقيق الذات**: يعتقد أن الإنسان خير بطبعه ويحدد الوسائل التي يستطيع الناس من خلالها تحقيق جهودهم على الرغم من إحباط ومصادر القلق في المجتمع المعاصر وعرف هذه العملية بتحقيق الذات Self-Actualization وأعظم إسهام له في بناء هرم الحاجات وهي: (الفسيولوجية- والأمان -والحاجة للانتماء- والحاجة إلى تقدير الذات- والحاجة إلى تحقيق الذات) ويرى أن السبب الأول للمشكلات النفسية هي: الفشل في إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجات الفسيولوجية وحاجات الأمن والحب والتقدير وتحقيق الذات.

1- **النظرية الجشتالتية (بيرلز)**: وتفترض أن الأفراد يستطيعون بذاتهم التعامل بشكل فعال مع مشكلات حياتهم، وتقوم على افتراضات ومنها:

- الإنسان كل مكون من جسد وعواطف وأفكار وإحساسات وهي متداخلة، وهو جزء من البيئة ولا يمكن فهمه بمعزل عنها كما أن لديه المقدرة على أن يعي إحساساته ومشاعره وأفكاره وإدراكه، وهو قادر على تحمل المسؤولية وعلى أن يختبر نفسه في الحاضر فقط.

أما أبرز أسباب المشكلات لدى بيرلز:

1) نقص الوعي لدى الأشخاص، لذا العلاج يكون من خلال التمارين اللغوية والألعاب الجماعية لزيادة الوعي.

2) عدم القدرة على تحمل المسؤولية .

3) نقص القدرة على الاتصال والتفاعل.

4) وجود أعمال غير منهية.

5) ثنائية النفس يرى نفسه من جهة واحدة فقط كأنها ضعيفة أو قوية.

4- الاتجاه الوجودي لفرانكل، وينطلق من افتراضات ومنها:

- الإنسان قادر ومسؤول عن أعماله .
- الاختيار هو حقيقة الوجود الإنساني فالإنسان يخلق طبيعته الخاصة .
- الإنسان إذا وجد معنى لحياته أو هدف في حياته معنى ذلك أن حياته لها أهمية ومغزى وتستحق أن تعايش، وإرادة البحث عن معنى دافع يميز الناس عن غيرهم.

كيف تحدث المشكلة النفسية لدى فرانكل:

- منذ الطفولة يختار بديل أن لا أكون .
- يؤدي إلى قلة المشاركة مع العالم الخارجي وغياب الوعي الذاتي.
- نتيجة لذلك تتولد مشاعر قلق.
- يؤدي ذلك إلى المشكلات.
- أسباب المشكلات هي: الخوف والقلق والعدوانية والشعور بالذنب.

رابعا: النموذج السلوكي The Behavioral Model

ويفترض النموذج السلوكي الحديث ما يلي:

- نظرة علمية من خلال أن السلوك بانتظام وترتيب يمكن أن يسيطر عليه.
- الفرد يملك الطاقة الإيجابية والسلبية.
- السلوك متعلم، فنحن نتعلم السلوك المشكل ويعزز لدينا.
- السلوك حصيلة للبيئة والوراثة.
- النظرة الحديثة أن الشخص مسؤول عن سلوكه.

- ويركز الاتجاه السلوكي المعرفي على أساليب متعددة مثل: العلاج بالتعريض Exposure والعلاج بمنع الاستجابة Response Prevention الأسلوب السقراطي، إيقاف التفكير، عكس المعنى من خلال التساؤل، تغيير معتقدات العميل غير المنطقية، الحديث الذاتي الايجابي، حل المشكلات، العلاج متعدد الأوجه، ضبط الذات،.. ومنها تطورت نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا التي تركز على دور الملاحظة والتقليد في التعلم.

خامسا: النموذج المعرفي والذي يركز على التشوهات والأفكار الخاطئة ومن أبرز المفاهيم هنا:

1. نموذج التشويه المعرفي حيث ركز بيك Beck على التشوهات المعرفية وطريقة الفرد في التفكير والكيفية التي يعالج بها الشخص الأحداث، ومن ابرز الأفكار المشوهة: الاستدلال الخاطئ، التجريد الانتقائي، المبالغة في التعميم، التهويل، لوم وانتقاد الذات، الكل أو لا شيء.
2. نماذج العزو: وهنا يتم التركيز على العجز المكتسب والذي وصفه سيلجمان Seligman حين وجد أن الحيوانات التي تتعرض لصدمة متكررة ويصعب تجنبها تتصرف بطريقة يائسة، ووسع فكرته على البشر حيث وجد أن الناس الذين يتعرضون لمواقف بغيضة أو مكروهة بشكل غير منضبط سوف يتطور لديهم العجز والاكتئاب.
3. وفي نماذج العزو أيضا وصف نموذج أسلوب العزو على الطريقة التي يفسر بها الشخص أسباب الأحداث التي وقعت له، وقد يكون أسلوب العزو داخلي يفسر ما حدث معه إلى الداخل وعدم كفايته، أو خارجي.

سادسا: النموذج الاجتماعي

- ويتم التركيز فيه على العوامل البين شخصية ويهتم:
- بتطوير مهارات اجتماعية تعد ذات فائدة للفرد ولمن يتعامل معه، فقد يكون الاكتئاب ما هو إلا نتيجة لقصور في المهارات الاجتماعية.

- كما يهتم بالافتقار إلى المساندة الاجتماعية وتشير المساندة الاجتماعية إلى شبكة العلاقات الاجتماعية التي توفر للفرد الفرصة المناسبة لإشباع حاجاته وتمده بالدعم والمساندة عند التعرض للضغوط وفي رأي كابلان أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات الاجتماعية النفسية وذلك للمحافظة على صحته العقلية والنفسية ومن أهم المساندة التي يحتاجها الفرد هي: المساندة التواصلية (العاطفية) والأيديولوجية والمساندة المادية والمساندة المعرفية، ويمكن أن يقدم المساندة الزوج والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل والجيران والمؤسسات.

سابعا: النموذج التكاملي (البيولوجي النفسي الاجتماعي)

- لا يمكن الاستغناء عن النماذج النفسية الستة السابقة في تفسير المشكلات النفسية وهي تدعم بعضها بعض وتركز كل منها على جانب معين.
- حيث أن لكل من الجنس والمكانة الاقتصادية والاجتماعية كعوامل اجتماعية في حدوث المشكلات النفسية.

الفصل الثاني

تصنيف المشكلات النفسية والاضطراب النفسي

- التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وقد صنف التصنيف الدولي العاشر (ICD-10) الاضطرابات النفسية إلى:

1. الاضطرابات العقلية والسلوكية مثل الخرف بأنواعه.
2. الاضطرابات التي تظهر بسبب استعمال العقاقير مثل فقد الذاكرة.
3. الفصام مثل الفصام التخشبي البسيط.
4. اضطرابات المزاج مثل الهوس والاكتئاب.
5. الاضطرابات العصابية وما يرتبط بها من ضغوط نفسية مثل الوساوس والقلق.
6. ظواهر سلوكية تتصل باضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية مثل اضطرابات الأكل.
7. اضطرابات النوم مثل التجوال الليلي والكابوس.
8. اضطراب الوظائف الجنسية.
9. اضطرابات عقلية وسلوكية تحدث في مرحلة النفاس.
10. إساءة استعمال عقاقير لا تسبب الإدمان.
11. اضطرابات الشخصية مثل الشخصية البارانوية، والشخصية اللااجتماعية، والشخصية الاتكالية.
12. اضطراب العادات مثل السرقة المرضية، واضطراب الحرائق المرضي.
13. التخلف العقلي البسيط والشديد.

14. اضطرابات النمو النفسي مثل اضطراب الكلام واللغة واضطراب المهارات الدراسية.
15. اضطرابات انفعالية تبدأ في الطفولة مثل النشاط الزائد، اضطرابات في التعامل الاجتماعي.

تصنيف DSM 4 التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية، ويتضمن خمسة محاور:

- الاضطرابات السريرية التي يتم تعريفها تبعا إلى السلوكيات العارضة وتتضمن اضطرابات مثل الفصام، اضطرابات المزاج.
- يتعلق بالمشاكل المستمرة مثل اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي واضطرابات الأكل.
- يتعلق بالظروف الطبية العامة التي تكون خارج مجال الاضطرابات النفسية مثل مرض السكري لدى الأطفال والذي يرتبط أحيانا مع اضطرابات سلوكية، ويضم الاضطرابات والحالات الجسمية مثل توهم المرض (هنا أمراض جسمية ذات منشأ نفسي).
- يختص بالمشاكل البيئية والنفسية، ويتضمن شدة الضغوط النفسية والاجتماعية.
- تقدير عام للوظيفة التكيفية ويكون التقدير متدرج من 1-100 والمقياس ينطبق على الأداء النفسي الاجتماعي والوظيفي، وتتم التقديرات لأداء الشخص خلال عام.

الفصل الثالث

تشخيص المشكلات السلوكية

(العناد، الغضب، السلوك العدواني، السرقة، الكذب)

أولا: العناد Opposition

طريقة الطفل للتعبير عن رفضه للآخرين والرغبة في تحقيق مقاصد معينة ويتميز العناد بالإصرار وعدم التراجع ولا يظهر قبل سن الثانية أو الثالثة، في سن ثلاثة إلى ستة ينمو لتأكيد ذاته ورفضه لسيطرة الآخرين، من سن الثامنة يظهر العناد الشديد والتحدي لأوامر وتعليمات الكبار وعندها يسمى اضطراب العناد الشارد، ويتسم الأطفال العنيدين بمجادلة الكبار وكثيرا ما يفقدون هدوءهم ويغضبون ويتحدون قواعد الكبار ويتعدون استفزاز الآخرين، ويظهر العناد التمردي بعد الثامنة وهو شكل متكرر من السلوك السلبي تجاه السلطة ويستمر هذا السلوك لمدة ستة شهور.

يعبر العناد عن الرفض وعدم الامتثال لما يطلب من الشخص. ويعد العناد سلوكاً طبيعياً في مرحلة الاستقلال، وهي العام الثاني والثالث من العمر، إلى درجة أن الطفل في هذه السن، يسمى ذو العامين المزعج (The Terrible Two's)، إذ يرفض طاعة الأم ليؤكد قدرته على الانفصال والسير بعيداً ليشعر أنه آخر مستقل عن أمه، وليس جزءاً تابعا لها. وكذلك، في بداية مرحلة المراهقة، يعاند المراهق ويطلق عليه المراهق المحتج أو الرافض(The Rebellion Adolescent) ، ويظهر عناده في صورة الجدال والنقاش، الذي لا ينتهي، أو رفض الأوامر، التي توجه إليه من الكبار، وكذلك عدم إطاعة القوانين في البيت أو المدرسة. وقد يتعدى ذلك إلى فعل عكس ما يطلب منه، أو ما يضايق الآخر من تصرفات مستفزة أو ألفاظ غير مهذبة في الحوار، كما

تسهل استثارته واستفزازه من الآخرين فينفجر انفجارا مزاجيا (Temper Tantrums) لا مبرر له.

وأحياناً يزداد العناد في شدته، وتطول مدته، ويؤثر على أداء الشخص الطبيعي لوظيفته. وحينئذ، يعد مشكلة نفسية، وهو أحد الاضطرابات النفسية المصنفة، التي تصيب الأطفال والمراهقين، غالباً، ونفصله في السطور التالية:

اضطراب العناد الشارد Oppositional Defiant Disorder

ويتميز بأنه نمط من السلبية والعدائية والسلوك الشارد الذي غالباً ما يتوجه ضد الوالدين والمدرسين، وذلك من دون انتهاكات خطرة لحقوق الآخرين الأساسية، التي تلاحظ في اضطراب السلوك (Conduct Disorder) ويتسم الأطفال المصابون بهذا الاضطراب بأنهم غالباً مجادلين للكبار، وكثيراً ما يفقدون هدوءهم ويغضبون ويرفضون ويتضايقون بسهولة من الآخرين، بل ويتحدون قواعد الكبار، ويرفضون أوامرهم، ويستفزون الآخرين بتعمد، ويميلون إلى لوم الآخرين على أخطائهم ومشاكلهم.

وتتفاوت ملامح هذا الاضطراب، إلى حدٍ بعيد، فقد تظهر في البيت وتختفي في المدرسة، أو مع بالغين آخرين أو مع الرفاق، وفي بعض الحالات تظهر ملامح الاضطراب خارج البيت، وفي حالات أخرى يبدأ ظهور الاضطراب في البيت ثم يمتد ليشمل سلوك الطفل خارج البيت. ولكن المعتاد النمطي، هو أن أعراض الاضطراب أكثر بروزاً في التعامل مع البالغين أو الرفاق، الذين يعرفهم الطفل جيداً، ومن ثم فإن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، لا يظهرون علامات الاضطراب أثناء فحصهم إكلينيكياً. وأهم ملامح هذا الاضطراب، هو نمط السلبية والعدائية والتمرد ضد الوالدين ومن في مقامهم من الراشدين، من دون انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين، ويظهر ذلك في جدال الكبار بعدائية واستفزاز متعمد مع سرعة الاستثارة فسرعان ما يستشيط الطفل غضباً، وكثيراً ما يرفض أوامر الكبار ويتحدى قوانينهم، ولا يعد الطفل نفسه شارداً أو معانداً، ولكنه يبرر سلوكه على أنه استجابة للظروف غير المناسبة بل ويلقي اللوم على الآخرين ويحملهم تبعة مشاكله.

ويصاحب هذه الصورة الإكلينيكية أعراض من نقص اعتبار الذات، وعدم تحمل الإحباط، والانفجار المزاجي، وقد يسرف في تعاطي المواد ذات المفعول النفسي (Psychoactive Substances) مثل الحشيش والكحول، كما يتعاطى التبغ وهو ما يزال طفلاً، إضافة إلى أعراض اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)، التي غالباً ما تكون مصاحبة.

ويتميز اضطراب العناد الشارد، حسب درجة شدته، إلى :

1. خفيف: إذ تكون الأعراض قليلة تفي بالتشخيص، والإعاقة الناشئة عن الاضطراب طفيفة .
2. متوسط: وهو الوسط بين الشديد والخفيف من حيث درجة الاضطراب والإعاقة.
3. شديد: إذ توجد أعراض عديدة، والإعاقة مشوهة لأدائه، الاجتماعي والمدرسي، مع الرفاق والكبار.

بدء الاضطراب ومساره ومضاعفاته:

يبدأ الاضطراب في الطفولة المبكرة، ولكن يتم التعرف عليه في سن الثامنة، وعادة لا يتأخر ظهوره بعد المراهقة المبكرة. ومساره غير معروف، ولكن في عديد من الحالات، يتحول إلى اضطراب سلوك أو اضطراب وجدان، وقد يسبب إعاقة شديدة داخل البيت وخارجه لسوء علاقاته بالآخرين.

أشكال العناد:

1. عناد التصميم والإرادة مثل إصرار الطفل على محاولة إصلاح لعبته وتكرار المحاولة وهنا يجب تشجيعه
2. عناد المفتقد للرأي مثل إصرار الطفل على الخروج رغم هطول المطر وهنا يصر على رأيه
3. العناد مع النفس: وهنا يرفض تناول الطعام وهو جائع كلما حاولت الأم إقناعه.

العناد كاضطراب سلوكي:

وهنا يعتاد على العنـاد كوسيلة وصفة ثابتة في الشخصية ويؤدي ذلك إلى اضطراب خطير، ويشخص اضطراب العناد، من خلال أخذ التاريخ، المرضي والتطوري والفحص النفسي، ومقارنة سلوك الطفل بسلوك من هو في مثل عمره العقلي، ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV) .

نمط من سلوك السلبية العدائية والجراءة يستمر على الأقل 6 شهور ويظهر خلال 4 او أكثر من التالية:

- فقد الأعصاب غالبا.
- جدال مع الكبار غالبا.
- غالبا ما يعارض او يرفض أن يستجيب لمطالب الكبار.
- غالبا ما يتعمد مضايقة الرفاق.
- غالبا ما يلوم الآخرين على أخطائه.
- غالبا ما يكون شديد الحساسية او يتضايق بسهولة من الآخرين.
- غالبا ما يكون غاضبا وسريع الامتعاض.
- غالبا ما يكون حاقدا او انتقاميا .

- أن الاضطراب يسبب خللاً إكلينيكياً واضحاً اجتماعياً أو دراسياً أو وظيفياً.
- أن لا يحدث الاضطراب خلال مسار اضطراب ذهاني أو اضطراب وجداني.
- أن لا تتفق هذه المواصفات مع مواصفات اضطراب السلوك، وإذا بلغ الشخص الثامنة عشرة من عمره، فإن مواصفاتها لا تتفق مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

أسباب العناد:

1) تقييد حرية الطفل: وهنا يتم إتباع نظام معين مع الطفل وإرغامه على إتباعه ويتم تدخل الوالدين الزائد في حياة الطفل لوقايته ويتم إتباع مواعيد معينة مثل تمشيط الشعر ويأتي العناد هنا كرد فعل للقمع.

2) عصبية الآباء وكثرة النقد للأبناء: وهنا يثور الآباء لأتفه الأسباب وينتقدوا دون مبرر ويصروا على رأيهم.

3) التذبذب في معاملة الطفل فيكون الأب في صف الطفل والأم على النقيض وهنا دلال أحيانا وقسوة أحيانا.

4) علاقة الأم بالطفل: عن طريق المبالغة بحماية الطفل فهو يعاند لكسب انتباه الآخرين.

5) الإحباط: فتعرض الطفل للإحباط مثل عدم حب الأم له وعدم رعايته له او اهتمامه به وكثرة المنع لما يحبه.

6) الجو العائلي غير المستقر: وهنا يوجد شجار بين الوالدين وكثرة التوترات الانفعالية والخضوع بين الزوجين.

7) غياب أحد الوالدين أو كلاهما: وهنا لا يجد الطفل من يتوحد معه لفقدانه وهذا يؤثر على انفعالاته ويلجأ إلى العناد لرفض السلطة.

8) محاولة إثبات الذات: وهنا يمتلك بعض الأطفال استعداد أساسي للإرادة القوية ويهيىء الآباء الفرصة للصراع بمحاولة فرض السلطة.

9) أحلام اليقظة: وهنا الطفل لا يميز بين الواقع والخيال ويجد نفسه مدفوعا للتشبث برأيه غير آبه برأي والده.

10) تعزيز سلوك العناد:عن طريق تلبية مطالب الطفل ورغباته من قبل والديه.

11) ومن الأسباب التي يوردها التحليليون وتلعب دورا في حدوث العناد أن العناد يحدث، طبيعياً، في مرحلتين من النمو النفسي: إحداهما: المرحلة الشرجية (السنة الثانية من العمر)، لتنمية شعور الطفل بالاستقلال والذاتية، وتأكيد أناة المنفصل

عن الأخر، وذلك بعد الانسجام والتناغم بل والتلاحم الذي كان في المراحل السابقة (ما قبل الولادة ومرحلة الأمان). وثانيهما: هي مرحلة المراهقة، إذ يبرز العناد كتعبير عن احتياج للانفصال عن الوالدين وإقرار هوية مستقلة، ولكن للعناد المرضي أسباب غير تأكيد الذات المستقلة. وأهم هذه الأسباب) أو العوامل:

- قد يكون العناد المبالغ فيه دفاع ضد الاعتماد الزائد على الأم، إذ يحاول الطفل أن ينكر اعتماده بالعناد.
- وجود تهيئة تكوينية مزاجية مضطربة لدى هؤلاء الأطفال.
- وجود صدمات في الطفولة المتأخرة، أو إعاقات مزمنة مثل التخلف العقلي (Mental Retardation) تحبذ العناد لدى الطفل، كدفاع ضد الشعور بالعجز والقلق ونقص اعتبار الذات.
- وجود صراعات لم تحل، كبقايا للمرحلة الشرجي(Anal Phase)، من خلال رؤية المدرسة التحليلية (Psychoanalytic School) .

العلاج:

أولا: العلاج النفسي الفردي

يعالج هؤلاء الأطفال من خلال العلاج النفسي الفردي، مع إكساب الوالدين مهارات التعامل مع الطفل العنيد. إذ تركز المدرسة السلوكية على تغيير سلوك الوالدين إزاء عناد الطفل، وذلك بتشجيعه على السلوك المناسب، بما يؤدي إلى تدعيمه وإهمال السلوك غير المرغوب، بما يؤدي إلى انطفائه. لكن المعالجين النفسيين الفرديين، يرون أن آباء هؤلاء الأطفال متصلبين ويصعب تغييرهم، ولذلك فإنهم، من خلال نمط جديد من العلاقة بالمرشد، تغير (تعدل) علاقة الطفل بالموضوع، وتحل دفاعات الطفل غير المرغوبة، ويحدث فهم وبصيرة من الطفل لتصرفاته، إضافة إلى تصحيح رؤيته السالبة لذاته وتنمية استقلاليته.

ومحاور العلاج الفردي النفسي:

1-دراسة الحالة الصحية: مثل زيادة إفرازات الغدة الدرقية، الشعور بالإجهاد والإمساك المزمن والأرق وسوء التغذية.

2-دراسة الحالة النفسية: وهنا يتم دراسة علاقة الطفل بأسرته وأسلوب التربية وأساليب المعاملة والتعرف على الأصدقاء وشغل وقت الفراغ.

3-العلاج النفسي: ويقوم على التدريب على المهارات الاجتماعية وتهيئة الجو النفسي الأسرى ويسعى كذلك إلى احترام الطفل لذاته وثقته بنفسه واستخدام العلاج السلوكي لتدعيم السلوكيات اللائقة وإطفاء السلوكيات غير المستحبة.

ثانيا: العلاج الأسري

ويستند العلاج الأسرى إلى تدريب الوالدين على مهارات التعامل مع الطفل وكذلك من النصائح المهمة للآباء:

1) العلاقة مع الآباء: عدم التدخل المبالغ فيه في حياة الطفل.

2) عصبية الآباء: يجب أن يقلع الآباء عن عصبيتهم لأتفه الأسباب .

3) ممتلكات الطفل: احترام ممتلكات الطفل وعدم حرمانه منها لمجرد الغضب منه.

4) الإهمال والتسلط: عدم إظهار الإهمال أو التسلط .

5) روح التعاون والتسامح: أن يسود في الأسرة روح التعاون والتسامح .

6) الأخذ والعطاء: مساعدة الطفل على الأخذ والعطاء .

7) أوقات الفراغ: شغل أوقات الفراغ عند الطفل وتشجيعه على الاختلاط بالأقران.

8) حل المشكلات بأنفسهم: مساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم بأنفسهم واستخدام النصح الهادئ.

9) وصف الطفل بالعناد: عدم القول أن الطفل عنيد أمام الطفل أو مقارنته بآخرين ليسوا عنيدين.

10) نقد الطفل: عدم الإكثار من نقد الطفل أو السخرية منه.

11) ما لا ينبغي قوله للأطفال ويؤدي للعناد: انك غبي جـدا، انـك كـذاب ولـص،لا أطيقك، وقح وقليل أدب، ينبغي عليك أن تطيـع الكبـار دائمـا، شـعرت بـالملل منك.

ثانيا: تشخيص نوبات الغضب

هو استجابة تدل على العداء والتوتر يثيرها الإحباط والتـهديد وعـدم العدالـة ونقص الإنصاف أو التمييز وتتضمن استجابة الغضب إثارة في الجهاز العصبي المستقل مثل زيادة في ضغط الدم والعرق والتنفس ونبضات القلب وإفراز السكر في الدم.

مسار النوبات:

أولاً: في مرحلة المهد تكون استجابة الغضب مباشرة وبدائيـة وحتـى عمـر 15 شـهرا يعبر الطفل عن الغضب بالصراخ والبكاء، 18 شهرا يبدأ برمي الأشياء ،في العامين يثور عندما يتم غسل وجهه أو أثناء الاستحمام.

ثانياً: الطفولة المبكرة ويمتاز الغضب هنا بأنه غـير محـدد يمتـاز بالعموميـة والعشـوائية، كذلك يمتاز بأنه متذبذب وسريع الزوال، كذلك يكون لأسباب بدائية مثل التدخل في شؤونه أو انتقاده، وتظهر مظاهر حركية للتعبير عن الغضب مثل السب والبكاء والعض وهي طبيعية.

ثالثاً: في سن المدرسة ويصبح الغضب موجها نحو شيء أو شخص معين، وفي السابعة يقل التعبير الحركي عن الغضب، بعد الثامنة يقل العـدوان الجسـمي ويحـل مكانـه الجدال اللفظي.

رابعاً: في مرحلة المراهقة يأخذ الغضب شكلا اجتماعيا والمراهـق لا يغضـب مباشـرة ولكن يستمر غضبه مدة أطول ومرات حدوث الغضب تكون اقـل أي أن نوبـات الغضب أكثر شيوعا في المهد والطفولة المبكرة وبعدها يتعلم الطفـل ضبـط رغباتـه بالتدريج.

أسباب الغضب:

1- **الفشل والإحباط**: مثلا يغضب عندما تغلق الأبواب في وجهه، أو لعـدم اشـتراكه في الجماعة باللعب.

2- **استبداد الوالدين**: مثلا يحرم الأب ابنه من شيء اعتـاد عليـه، أو يتجـاوز الضبـط المفروض الحد وفي فترة مبكرة، أو تدخل الوالدين في شـؤونه لتقييـد حريتـه وقـد يحول الطفل غضبه بعيدا عن السلطة لعدم المقدرة عليها ويتجه لأمور أخرى مثـل قطته أو للخادمة.

3- **التدليل والحماية الزائدة**: تجعل الطفل يعتاد أن تستجيب لـه البيئـة دائمـا بإجابـة رغباته حتى عندما يكبر وهذا التدليل لا يعلمه ضبط انفعالاته أو المسؤولية.

4-**الإهمال**: ويظهر مـن خـلال حرمـان الطفـل مـن انتبـاه الكبـار واهتماماتـهم بـه وحرمانهم له من الحب والعطف والحنان.

5- **توتر الجو العائلي**: لوجود خلافات بين الأسرة وشجار بين الأبوين وبالتالي الطفل لا يثق بمن حوله.

6- عصبية الآباء واقتداء الأبناء بهم.

7- تعدد السلطات الضابطة لسلوك الطفل وتشمل الأجداد والأعمام أو الأخـوال أو الأب والأم معا.

8- اتخاذ الطفل الغضب منهجا لإجابة مطالبه فإذا حملت الأم الطفل كلما بكى اعتـاد على هذا الأسلوب.

9- ضعف الحالة الصحية للطفل.

10- الصراع النفسي الحاد أي وجود نزعتين متناقضتين لدى الطفل الأسرة والمدرسـة مثلا.

11-التأثر بالبيئة.

علاج الغضب:

الغضب مثل البخار المضغوط في إناء محكم إذا لم يجد منفذاً لخروجه فانه يصيب الفرد بمرض أو أكثر من تلك المجموعة المسماة بالأمراض النفس جسمية مثل قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية والقولون العصبي والصداع العصبي المزمن.. الخ، ويعبر البعض عن ذلك بأن الغضب إذا لم يخرج فسوف يستقر في أحشائك، فلا بد من الوقاية من حدوثه، وإن حدث فلا بد من علاجه، وفيما يلي بعضا من الطرق التي يمكن أن تساعد في ذلك:

1- الهدوء فلا يغضب الآباء حتى لا يزيد الطفل توترا وان يكونوا نموذجا للطفل في الهدوء.

2- الوقوف على أسباب الغضب إما بسبب الاحتجاج اللاشعوري ضد ما يعوق الطفل من رغباته، أو بسبب أن النوبة قد أصبحت عادة، أو مصحوبة بمرض بدني أو عاهة جسمية أو نتيجة لنشاط زائد، أو نتيجة شعور الطفل بمشاعر النقص والدونية والكبت والإحباط.

3- الدعابة: الابتسامة والضحك.

4- عدم اللجوء للعقاب.

5- مساعدة الطفل على ضبط النفس وتهذيب السلوك عن طريق غرس بذور المحبة وعدم الانتقام أو الثأر في الطفل.

6- تعويد الطفل على تحمل الإحباط وهنا يجب عدم توفير مطالب الطفل جميعها وتعويده الانتظار.

7- المعاملة المتوازنة للطفل من قبل الوالدين.

8- عدم الوقوف أمام رغبات الطفل بتكليفه ما لا يطيق.

9- عدم إذاقة الطفل حلاوة النصر بعد صراخه حتى يتأكد أن هذا الأسلوب لا ينفع.

10- الإقناع عن طريق تعليم الطفل الهدوء.

11- شغل أوقات الفراغ للطفل.

12- العلاج الديني والتربية الأخلاقية.

ثالثا: السلوك العدواني Aggression

أي شكل من أشكال السلوك الذي يتم توجيهه إلى كائن حي آخر ويكون هـذا السلوك مزعجا له، وهو يهدف إلى أحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، ويحدد انطلاقا من خصائص السلوك نفسه كالاعتداء الجسمي وشدة السلوك وخصائص الشخص المعتدي وخصائص المعتدى عليه، وتشترك التعاريف في أن العدوان: سلوك يهدف إلى تعمد إيذاء طرف آخر أو الأضرار به أو مخالفة العرف السائد في التعامل مع الناس ويأخذ صورا متعددة كالعدوان البدني أو اللفظي وقد يكون مباشر أو غير مباشر.

تطور العدوان ونموه:

يظهر العدوان لدى الطفل، في مرحلة مبكرة من النمو؛ حين يبدأ عض ثدي الأم، بعد ظهور أسنانه، في النصف الثاني من عامه الأول. وهو سلوك قد يكون غير مقصود، أو ناتج من إحباط نقص اللبن. ولكن حين تبادله الأم العداء، فإنه يرد بزيادة العض على الثدي، التي قد تكون بداية لدائرة مفرغة من العدوان، بين الأم وطفلها.

والطفل، في هذه المرحلة وهي الفمية، يلزمه أن يكتسب الشعور بالأمان، والثقة بالآخر. وحين لا يتحقق له ذلك، ويقل الإشباع في هذه المرحلة، فإنه سوف يبالغ فيما بعد، في إنجازات المستقبل، وسوف تخفي مبالغته الحاجة الاحتياج إلى الثقة، وتصبح بديلاً منها. فبدلاً من أن يطلب الحب والقبول مباشرة، يلجأ إلى القوة للحصول عليهما، فينكر حاجته إلى الحب، ويبدو قاسياً عنيفاً، ولكنه في الحقيقة يمارس رد فعل لحاجته الماسة إلى الثقة والأمان، أي حاجته إلى الحب، بل قد يصل الأمر إلى الشك في الآخر والبارانوية(Paranoid) ، فينكر شعور الحب الداخلي تجاه الآخر، فيصبح في صورة (أنا لا أحبه)، ثم يسقطه على الآخر، في صورة (هو لا يحبني)، ثم يحوله إلى (هو يكرهني)، ويحمل شعوراً بالاضطهاد، فيبرر لنفسه كراهية الآخر، ويعيش عداء

مع العالم الخارجي. وحين يبادله العالم الخارجي عداء بعداء، فإنه يؤكد لنفسه ما سبق أن توهّمه من كراهية الآخرين، وعدم حبهم له.

وحين ينتقل الطفل إلى مرحلة الشرجية (عند فرويد)، أو الاستقلال، في مقابل الشك والخجل (Autonomy versus Shame and Doubt)عند إريكسون، يكون العدوان في صورة العناد والخوف من الخضوع لإرادة الأم، والمبالغة في رغبة الاستقلال، التي تخفي وراءها شعوراً بالتعلق والاعتمادية. وأحياناً، يكون العناد خطوة نحو إثبات الذات والاستقلال، إلاّ أن المبالغة هي التي تجعله سمة مرضية. وما العناد إلا شكل من العدوان السلبي. وهو أسلوب العدوان للضعيف، الذي لا قدرة له على مواجهة من هو أقوى منه. ويرتبط العدوان بهذه المرحلة؛ إذ إنها بداية للتحكم والسيطرة العضلية، سواء عضلات الوقوف والمشي، أو عضلات التحكم في المخارج؛ وليس خافياً مدى ارتباط العدوان بالطاقة العضلية.

وحين ينتقل الطفل إلى مرحلة القضيبية (عند فرويد)، أو المبادرة في مقابل الشعور بالذنب (Initiation versus Guilt) عند إريكسون، فإن عدوانه يتجه نحو احتلال مركز من هو أفضل منه، الذي كثيراً ما يكون الأب، أو الأم، في حالة الطفلة الأنثى، فتكون المنافسة والطموح.

ونظراً إلى نقص إمكانات الطفل، مقارنة بأبيه، خلال هذه المنافسة، فإنه يعوض هذا الشعور بالنقص، بالمبالغة في انتصاره في الخيال. وقد يصل إلى تخيلات قتل الأب، مما يولد لديه الشعور بالذنب، ولكنه يسقط هذا العدوان على أبيه، فيتخيل أن أباه سينتقم منه، ويتمثل هذا في خوف الخصاء. Castration Fear .

وفي مرحلة الكمون عند فرويد، أو المثابرة من أجل تعلم مهنة، في مقابل الدونية (Industry versus Inferiority) عند إريكسون، يكبت الطفل صراعاته، وعدوانه. ويؤجل منافسته لأبيه، إلى أن يكتسب خبراته، ويصبح نداً له، فيتوحد به، ويجعله مثله الأعلى، تجنباً لانتقامه، بل يكتسب حبه ويتعلم منه. وإذا فشل الطفل في ذلك، لفساد بيئة المدرسة، أو غياب القدوة من جانب الوالدَين، واضطراب الأسْرة،

فإن العدوان، يظهر في صورة اضطراب السلوك، إذ ينتهك الطفل حقوق الآخرين أو قيم المجتمع وقوانينه.

وحين يصل الطفل إلى مرحلة المراهقة، أو الهوية، في مقابل غموض الدور (Identity versus Role Confusion)، كما يسميها إريكسون، تعود الصراعات إلى الظهور، مع بزوغ القدرة الجنسية. ويتجه المراهق إلى تحرير نفسه من الارتباط بوالدَيه، فيترجح بين اعتمادية الطفل وعناد المستقل. كما أنه يكون متناقضاً؛ فهو يرفض سيطرة الكبار ويحتاج في الوقت نفسه إلى إرشاد وتوجيه. ويختبر المراهق نمط السلطة، ليرى إلى أي حد يمكنه أن يذهب. فهو يحتاج إلى حدود ليشعر بالأمان، كما أن تقلبات المزاج لديه شائعة. وأحياناً، لا تستطيع قوى الضبط الداخلي لديه، المتمثلة في نضج الأنا، وما يكمن خلفه من جهاز القِيم، الأنا الأعلى، أن تتكيف مع النزعات الغريزية المتزايدة، فتحدث نوبات العدوان.

ومن الحيَل الدفاعية، التي يمارسها أنا (Ego)، المراهق، بصورة لاشعورية، وقد ينشأ عنها العدوان، ما يلي :

1- **النقل (Displacement)** إذ ينقل الحاجات الاعتمادية، من الوالدَين إلى بدلائهما من الأقران. وقد ينسلخ المراهق من سيطرة والدَيه، إلى درجة الاندماج في جماعة الأقران، في نشاط مضاد للمجتمع، بغية اكتساب رضائها. فينقل ولاءه من الأسرة إلى جماعة الرفاق، وهذا يعطي الدور الخطير لرفاق السوء، في عنف المراهقين المضادّ للمجتمع. فإذا كان بين الرفاق من له أفكار عدائية، مضادّة للمجتمع، فإنه يبثها في الآخرين، ويجد صدى لما يريد، وأرضاً خصبة، يزرع فيها ما يشاء من عدوان، ضد المجتمع أو الأفراد .

2- **قلب المشاعر إلى الضد (Reaction Formation)** المراهق الذي لا يستطيع الانفصال عن والدَيه، قد يعكس اعتماديته نفوراً، ويحول الحب إلى عناد، والارتباط إلى ثورة، والاحترام إلى سخرية، وأن الكبار للأسف لا يعون العصر؛ ومن ثم فهم على خطأ، ولا بد من مواجهتهم بشكل إيجابي، في صورة عدوان ضدهم أو تجاهلهم، لأنهم لا يفهمون ما يفهمه المراهق. ويكون العناد تعبيراً عن

العدوان السلبي، الذي يظهر في المجادلة في كل الأمور، التي تطلب منه، ويصل الأمر أشده، حين لا يقنع بشيء، فيتوقف عن فعل أي شيء، بل كل شيء، فيصاب بالعجز التام، أو يظهر عدم الاستماع لِما يقال، أو يفعل عكس ما يطلب منه، أو يبحث عما يضايق الآخرين ويفعله.

ومصداق ذلك شكوى إحدى الأمهات، أن ابنها المراهق، ذا السبع عشرة سنة، توقف عن فعل أي شيء، سواء الذهاب إلى المدرسة، أو الاستذكار في البيت، أو استجابة أي مطلب، يطلب منه، على الرغم من سلامته العقلية، وتفكيره المتسق، وبالحوار المنفرد معه، لوحظ عدوانه الشديد تجاه والدَيه، الذي يظهره في صورة عناد، وصل إلى حالة من العجز التام.

3-**المثالية** : يرى المراهق الأمور، في غمرة حماسته الأخلاقية، بيضاء أو سوداء، أي يراها كمبادئ قاطعة، يجب تطبيقها، من دون مراعاة للموقف، ولو كان بالعنف؛ فيعنف تحت ستار شعارات مثالية براقة، من دون واقعية منطقية. لذا فهو يرى الناضج، الواقعي كشخص ميئوس منه، أخلاقياً. ومن ثم يكون التمرد على الكبار في صورة العدوان.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية(DSM-IV) :

يعتبر الطفل قد قام بسلوك عدواني إذا كان لديه نية للإيذاء وطبيعة العدوان اللفظي والبدني ومستوى الضرر الناتج والعلم بالنتيجة المحتملة، كما يجب الاهتمام بـ:

- خصائص السلوك نفسه كالاعتداء الحسي والإهانة وإتلاف الممتلكات.
- شدة السلوك كحدة الصوت.
- خصائص المعتدى علي.

من أشكال من العدوان:

- العدوان البدني جسمي كالضرب واللكم للآخرين.
- العدوان اللفظي كالشتم والصراخ للآخرين.

- تدمير الممتلكات.
- عدوان مادي اجتماعي كالقتال من اجل الوطن ومطاردة مجرم.
- عدوان مادي غير اجتماعي كاحتجاز إنسان وقتله والانتقام من ظالم بوحشية والخروج على المعايير والقيم.
- عدوان الغضب وهو عدوان يثيره الإحباط ويأتي بعد الغضب.
- العدوان الموجه نحو الذات يوجه الفرد عدوانه نحو ذاته كضربه لنفسه أو امتناعه عن النوم أو الأكل.
- العدوان المباشر يوجه الفرد العدوان إلى فرد آخر هو مصدر الإحباط.
- العدوان غير المباشر عندما يفشل في توجيه العدوان إلى المصدر الأصلي فيحول العدوان إلى شخص آخر هو كبش الفداء لوجود صلة تربطه بالمصدر الأصلي.
- العدوان الإيجابي المقصود العدوان الصريح سواء لفظا أو بدنيا مباشرا أو غير مباشر يوجهه إلى فرد أو جماعة.
- العدوان السلبي وهو عدوان ضمني مثل رفض الحديث مع شخص ما أو الاعتصام أو رفض أداء المهمة.
- العدوان الرمزي ويرمز إلى احتقار الأخر وإهانته.
- العدوان الوسيطي وهو العدوان الذي لا يصاحبه غضب ويمليه التنافس على مركز السلطة.
- العدوان الوسيلي ويسلك به الفرد للوصول إلى أهداف معينة.
- العدوان العشوائي: يستخدم فيه الفرد إشارات معينة مثل إخراج اللسان أو حركات الأيدي والأصابع.
- العدوان العشوائي: ويكون موجها نحو أهداف واضحة وله دوافعه ولكن السلوك العدواني يكون أهوج وطائشا وذا دوافع غامضة غير مفهومة مثل أن يضرب الطفل كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب.

تطور العدوان تبعا للعمر:

الحدود الطبيعية للسلوك العدواني من منظور تطوري عبر مراحل النمو:

أ- **مرحلة المهد:** تعتقد الأم أن ابنها يجيد تعكير المزاج، ولديه سرعة استثارة انفعالية، ويبدأ في العبث بكل شيء ويرفض طاعة الأوامر، والحقيقة أن المزاج لأغلب الرضع يتغير بين السنة الأولى من الحياة وسن ما قبل المدرسة، ويجب عدم تسمية الطفل بالعدواني والنظر إلى المزاج كصفة نمائية.

ب- **أطفال سن ما قبل المدرسة:** يظهر السلوك المشاكس والغضب ويميل إلى تأكيد الذات وقد يضرب ويكسر ويركل ويعظ ويقذف اللعب ويصرخ، غير أن الأحداث المنفصلة لهذا السلوك خلال تلك المرحلة ليست مشكلة عدوان وفي سن أربع سنوات يصبح الطفل غاية في النشاط والوقاحة.

ت- **الطفولة المبكرة:** اللعب العدواني شكل طبيعي في سن ما قبل المدرسة وسنوات الطفولة المبكرة، واللعب العدواني الإيهامي العنيف ربما ينتج عن نمذجة ومن التلفاز، ويجب التمييز هنا بين اللعب الإيهامي العنيف والنشاط النمائي العادي، وتشير بعض الدراسات إلى أن اللعب الإيهامي العدواني مرتبط بالسلوك العدواني، ويجب أن يتساهل الوالدين إذا كان عدوان الطفل ناتجا عن الظروف المحيطة.

ث- **الطفولة الوسطى:** عادة الطفولة الوسطى مرحلة انخفاض مشاكل السلوك عند الأطفال العاديين، ويهتم الأطفال بهذا السن بعلاقة الند بالند، وعلى الآباء بهذا السن أن لا يركزوا على إظهار أبنائهم لتأنيب الضمير لان الطفل لم يميز بعد القيم المتعلقة بذلك، وهنا يحتاج الأطفال إلى تعلم منع الدوافع العدوانية وليس مجرد أن يعتذروا بلطف بعد أن يؤذوا شخصا ما.

ج- **المراهقة:** وهنا يقترب الأفراد من سلوك الراشدين، ويصبح المراهق قادرا على صنع الأحكام والتحكم في الدوافع بشكل أكثر.

أسباب العدوان:

1-**الغرائز الفطرية**: وهنا غريزة الموت توجه الدفعة العدوانية إلى خارج الفرد كوسيلة لحماية الذات، وسماها ادلر: إرادة القوة أو غريزة التفوق التي تهدف إلى أن يكون الإنسان مسيطرا على غيره.

2-**العوامل البيولوجية**: وهنا البناء الجسمي لدى المجرمين يقترب بهم من الشراسة والعنف، ويوجد كذلك إفرازات هرمونية تعد الفرد للقتال مثل هرمون التستستيرون وهرمون الأدرينالين الذي ينشط المراكز العصبية في المخ.

3-**الوراثة**: حيث قد يرث بعض الذكور خللا في كر وموسوم y، مثل وجود كروم وسوم xyy بشكل غير طبيعي.

4-**الإحباط**: يرى دولارد وميلر أن العدوان استجابة للإحباط، ويروا أن الإحباط يعني إعاقة تحقيق الهدف وهذا بدوره يؤدي إلى استثارة دافع إيذاء الآخرين وعندما يكبح السلوك العدواني ويعاقب عليه فانه يلجأ إلى العدوان على الذات.

5-**التعلم الاجتماعي**: فالسلوك العدواني هو سلوك اجتماعي متعلم كغيره من السلوكيات الأخرى، ويتم اكتسابه نتيجة النمذجة، وكذلك من خلال التنشئة الاجتماعية وكذلك أوضح باندورا إلى أهمية العمليات المعرفية في تنظيم السلوك العدواني مثل أن يقول العدواني أن الضحية ظالمة أساساً (توقعات الشخص).

6- **سمات الشخصية**: وهو ما يشير إليه ايزنك: أن جميع الناس يولدون بأجهزة عصبية بعضهم سهل الاستثارة وبعضهم صعب الاستثارة، والشخصيات سهلة الاستثارة يكون لدى صاحبها استعداد سهل في أن يكون عدواني أو مجرم.

7-**العوامل النفسية**: ومن العوامل النفسية التي تلعب دورا ما يلي:

أ- الرغبة في تحقيق وتأكيد الذات: فجو القهر والتسلط والتعسف في محيط الأسرة يعمل على إضعاف تأكيد الذات.

ب- الحاجة للحرية: فالحرية شرط ضروري للصحة النفسية والنمو السوي والأطفال الذين يشعرون أنهم لا حول لهم ولا قوة، يلجئون إلى العناد والتخريب ورفض الطعام والتبول اللاإرادي.

ت- الرغبة في الانتقام: وذلك من اجل إعادة الاستقرار والعدالة وهو يمحو العدوان الأول وكأنه دين استرده الدائن من المدين.

ث- الإحساس بلذة التعذيب (السادية): وهو هنا يحقق لصاحبه الراحة والشعور بالقوة وينزل الألم على شخص آخر حتى الموت، ويكون لا حول له ولا قوة ولدى السادي الرغبة في تجريح مشاعر الآخرين.

8- **عوامل اجتماعية**: وهي إما أن تكون في المدرسة مثل تفضيل المعلمين لبعض الطلبة أو صعوبة المنهاج، أو الفشل الدراسي، أو أسباب تعود للمعلم مثل: اضطرابه الانفعالي وهياجه أمام التلاميذ، أو عوامل تعود للأسرة مثل: التفكك الأسرى والطلاق وتعدد الزوجات وفقدان الترابط الأسرى وجهل الوالدين بأصول التربية وعصبية الآباء وثورتهم لأتفه الأسباب، أو أسباب تعود للرفاق كسوء معاملة الإقران وشعوره بالنقص وسط رفاقه.

9- **تعاطي العقاقير والمخدرات**: ويؤدي الإدمان إلى العنف يلي: الطرق عدة فالسكر المتكرر يفقد الفرد القدرة على التحكم في ذاته، ويسبب تلفا في المخ من جراء تأثير المسكرات على الخلايا العصبية، مما يؤدي لتدهور الشخصية من خلال الشك والخوف اللذين لهما ما يبررهما فينعزل الفرد عن الناس، ويظهر الذهان البرانوي كأحد مضاعفات الإدمان.

علاج العدوان:

أولا: الإرشاد والعلاج النفسي الفردي: ويجب أن يشمل الأسرة والمدرسة والوسط الاجتماعي ويتم استخدام أساليب مثل:

1- **التدعيم الإيجابي**: بالثناء على الطفل عندما يقوم بشيء مرغوب.

2-**التدعيم السلبي:** وذلك بإزالة شيء غير مرغوب من الطفل إذا امتنع عن السلوك العدواني وكذلك يستخدم أسلوب الإقصاء عند قيام الطفل بالسلوك غير المرغوب.

3-**التدريب على المهارات الاجتماعية:** وهي سلسلة من الأنشطة تصمم لمجموعة صغيرة لتعلم مهارات التفاعل والتواصل الاجتماعي الإيجابي مثل الاستماع والحديث بطريقة ملائمة وعدم التسرع في الحكم على الأمور.

4- **التدريب على التحكم في الباعث وقيادة الغضب:** وهنا يتم تعليم الفرد أسلوب حل المشكلات ودراسة الموقف من جميع الجوانب والتريث عند مواجهة موقف صعب.

5- **محاولة تصحيح السلوك العدواني بتعديل مفهوم الذات لدى الطفل وحل الصراعات وإزالة التوتر.**

6-**العلاج المعرفي:** ويهدف إلى تبديل أفكار الطفل العدواني ومعتقداته نحو نفسه ونحو الآخرين.

ثانيا: العلاج الأسرى لتدريب الآباء على الأساليب السوية في معاملة الأبناء وإرشادهم وذلك على النحو التالي:

1- الإقلال ما أمكن من التدخل في أعمال الأبناء حتى لا يشعروا باليأس.

2- الإقلاع عن العصبية والثورة لأتفه الأسباب.

3- الإقلاع عن استفزاز أو معايرة الأبناء بأخطائهم.

4- الإقلاع عن الحزم المبالغ فيه والسيطرة المبالغ فيها.

5- الامتناع عن مقابلة غضب الأبناء بالغضب بل عليهم أن يكونوا قدوة حسنة.

6- توفير الجو العائلي الهادئ القائم على المحبة والتعاون والثقة.

7- يجب شغل أوقات الفراغ لدى أبنائهم باللعب والرياضة.

ثالثا: الإرشاد التربوي ومن خلاله يتم التركيز على ما يلي:

1- إتاحة الفرصة للطلاب للتنفيس عن توتراتهم من خلال الأنشطة.

2- إمداد المعلمين بالمعلومات التربوية عن الطلاب ومشكلاتهم.

3- أن يقوم الأخصائي النفسي مع طلبته للتخلص من العدوان عن طريق التوعية من خلال المناقشات والمحاضرات والسيكودراما، ومن خلال استخدام أساليب الثواب والعقاب والتعزيز، ومن خلال استنفاذ الطاقات العدوانية في أنشطة مفيدة.

رابعاً: العلاج بالعقاقير.

رابعا: تشخيص السرقة

حالة يتعمد فيها الطفل الاستحواذ على شيء يمتلكه غيره ليس له فيه حق وهو يفعل ذلك بإرادة منه بعيدا عن عيون الآخرين ويحاول الاحتفاظ بالشيء المسروق لنفسه ويحدث هذا السلوك بصورة مطردة (استحواذ، إرادة، بعيدا عن عيون الناس، مطردة) قد تحدث بسبب نقص الفكرة عن الملكية ،يبدأ الطفل السلوك في البيت بأن يسطو على الطعام والحلوى. والسرقة أنواع :

أ- سرقة ذكية يصعب اكتشافها أو السرقة الغبية ليس فيها الحرص الكافي.

ب- سرقة عارضة أو معتادة :العارضة يخضع فيها الشخص للإغراء مرة أو مرتين ثم يرجع عنها أما المعتادة فتكون متكررة ولا يرجع عنها

ت- سرقة للحاجة وسرقة جماعية:سرقة الحاجة هي سرقة أشياء يحتاجها الشخص أما سرقة المباهاة فيقوم بها للتفاخر أمام الآخرين سرقة فردية وسرقة جماعية: الفردية يقوم فيها الشخص بمفرده دون شريك أو الجماعية فتكون مع جماعة أو عصابة.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) :

- يستحوذ فيه الشخص على شيء يمتلكه الغير وليس للطفل حق فيه.
- تتم السرقة بإرادة الطفل بدافع الاحتفاظ بالشيء المسروق.
- تتم بعيدا عن عيون الآخرين.
- سلوك يحدث بصورة مطردة بمعنى مستمرة ومدبر له.

العوامل الدافعة للسرقة:

1) نقص الإحساس بحقوق الملكية: يسرق لعبة لأنه لا يعرف معنى الملكية ويجهل الاحترام للآخرين والتمييز بين ما له وما عليه.

2) حب الامتلاك والتعويض عن الحرمان المادي: هنا هو محروم ويحاول إشباع حاجاته ويأتي من بيئات فقيرة.

3) حب الظهور: أمام الزملاء للمباهاة أو للاشتراك في الرحلات أو للوصول إلى مركز مرموق.

4) التدليل الزائد: الذي يتعود أن تجاب كل طلباته من والديه قد يتصور أن الحياة هي اخذ واخذ فقط.

5) التساهل وضعف الرقابة الأسرية: الرقابة الأسرية ضعيفة ويوجد إهمال من الأسرة أو يبدأ دعابة ويصبح عادة .

6) الرغبة في تأكيد الذات: لأنه غير محبوب من زملاءه أو فاشل دراسيا أو ليثبت بطولاته ومغامراته أو ليظهر أمام الفتيات .

7) الانتقام من الوالدين: نتيجة التطرف في القسوة أو التصدع الأسرى فينتقم من السلطة الظالمة في البيت والمدرسة.

8) اضطراب المناخ الأسرى: هنا توترات أو عصبية من الوالدين وقد يكون أحد الوالدين مدمن أو محترف السرقة.

9) حب المغامرة والمخاطرة: نتيجة التأثر بقصص المغامرات أو أفلام السينما عن العصابات .

10) القدوة السيئة: وخاصة من الوالد مثل أن يفتح الأب حصالة نقود الابن دون استئذان ويأخذ نقوده.

11) الوقوع تحت تأثير الابتزاز: تحت تأثير الإغراء خاصة إذا كان من مستوى اجتماعي اقتصادي فقير.

12) عوامل نفسية لاشعورية: مثل:

أ- الغيرة من أخ اصغر.

ب- الصراع المتصل بالميول الجنسية وهنا تتصل السرقة بالعادة السرية أو لبحث عن قضيب مفقود لدى الأنثى.

ج- عصاب السرقة: وهنا الشخص يكون على خلق وممتاز ولا يحتاج إلى المسروقات ولكن نتيجة حيلة لاشعورية ووسيلة للتعبير عن النزعة العدوانية المكبوتة.

د- هوس السرقة: وهنا السرقة تأتي على شكل نوبات.

علاج السرقة:

1- علاج الحرمان المادي وذلك بتوفير الضروريات اللازمة للأطفال من مأكل وملبس

2- احترام ملكية الطفل وتعليمه احترام ملكية الغير.

3- تنمية سلوك الأمانة: وذلك بغرس القيم الدينية والأخلاقية التي تحث على الأمانة وتعويد الطفل على الإيثار .

4- الدفء العاطفي بين الآباء والأبناء: فالطفل لا يسرق من يحبهم وإعطاء الطفل درجة من الثقة بالنفس وعدم الشعور بالنقص.

5- عدم الإلحاح على الطفل بالاعتراف عند السرقة حتى لا تدفعه إلى الكذب وعدم استخدام العنف عند الاعتراف .

6- عدم تأنيب الطفل على السرقة أمام الآخرين حتى ولو مزحا.

7- توافر القدوة الحسنة أي على الآباء البدء بأنفسهم بعدم التباهي بالسرقة أو الغش أو القيام بذلك.

8- اختيار القصص والأفلام المناسبة للطفل بحيث تعلم الأخلاق والأمانة.

9- مراقبة الوالدين لمصروف أبنائهم وذلك بطريقة عفوية بدون إشعاره بأننا نقوم بمراقبته.

10- تعويد الطفل على عدم الغش في الحياة اليومية وخاصة في الامتحانات.

خامسا: تشخيص الكذب

وهو أن يقول الطفل كلاما غير صحيح مع معرفته التامة بذلك بغرض المنفعة الخاصة أو تجنب العقاب ويعد الكذب سلوكا متعلما وليس صفة فطرية.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية(DSM-IV) :

- يكذب الطفل عدوانا لأنه قد يغار.
- يكذب الطفل ادعاء أو يختلق أشياء لم تحدث بسبب الشعور بالنقص.
- يكذب على سبيل اللعب رغبة منه في رؤية تأثير كذبه على المستمعين.
- يكذب الطفل رغبة في الحصول على مكافأة.
- يكذب الطفل إرضاء للآباء عامة إذا أصروا عليه للاعتراف بارتكاب عمل ما لم يفعله.
- يكذب لإنزال أذى أو عقاب بشخص ما .
- يكذب هربا وخوفا من العقاب القاسي الذي يحطم نفسه.
- يكذب عناداً وتحديا لوالديه الذين يعاقبونه بشدة.

أنواع الكذب:

1- الكذب العارض متصل بالظروف الاجتماعية والأسرية ويزول بنمو الطفل.

2- الكذب الخيالي ويحدث قبل الرابعة ويتخيل الطفل أحداثا ويحكيها على أنها وقعت بالفعل وهنا لا يستطيع التمييز بين الواقع والخيال وهو لا يعد كذبا مرضيا.

3- الكذب الالتباسي وفيه تلبس الحقائق على الطفل وتعجز ذاكرته عن الوعي للحادثة بتفاصيلها وهي ليست كذبا.

4- الكذب الادعائي وينشأ لشعور الطفل بالنقص وهو يحتاج إلى علاج بتفهم حاجات الطفل النفسية .

5- الكذب الأناني أو الغرضي وهو رغبة الطفل في تحقيق غرض شخصي أو الوصول إلى مآرب ذاتية ويسمى الاستحواذي مثل طلب الابن من أبيه النقود مدعيا أن والدته أرسلته لشراء شيء ما.

6- الكذب الانتقامي وهدفه إيذاء الآخرين وينتج عن الكراهية والحقد ويكثر بين الفتيات للغيرة أو تتهم شاب بالمعاكسة.

7- الكذب الوقائي وفيه يكذب على السلطة ليحمي أخاه أو زميله من عقوبة قد توقع عليه .

8- الكذب الدفاعي وفيه يكذب للدفاع عن نفسه والوقاية من العقوبة ويكثر في اسر النظام السلطوي .

9- كذب التقليد ويكذب تقليدا لمن حوله من الآباء أو الكبار مثل أن يكذب الآباء بوعد ابنهم في رحلة وإذا بهم يأخذونه إلى الطبيب ،أو يكتشف أن أحد الأبوين يكذب على الأخر.

10- الكذب العنادي: وينشأ عن تحدي السلطة الممثلة في الأسرة والمدرسة وهو يكذب لمجرد مخالفة الإهمال نتيجة السلطة.

11- الكذب المزمن أو المرضي: وهنا الطفل يجد نفسه مدفوعا إلى الكذب بشكل لاشعوري ويكذب في اغلب المواقف وهو غير ناجح في المدرسة ويعاني شعورا بالنقص ويوصف من قبل أقرانه بالكذب وقد يلجأ إلى الغش والسرقة كذلك.

أسباب الكذب:

1. التقليد والمحاكاة: وذلك بسبب البيئة التي يعيش فيها الطفل والبيئة تتصف بالخداع و الكذب.
2. الاستعداد للكذب: وهي استعدادات خاصة عند بعض الأطفال تهيئ للكذب ومنها طلاقة اللسان ولباقة التعبير ،الذكاء وخصوبة الخيال، الشعور بالنقص والدونية وعدم الثقة بالذات.
3. المبالغة في تنشئة الطفل: مثل التضييق على الطفل في كل صغيرة وكبيرة أو الطلب من الطفل أداء الشهادة ضد نفسه عند الكذب بعد مسكه، اللجوء إلى العقاب الشديد .
4. التعويض عن مشاعر النقص والدونية وذلك يجعل الطفل يعمل على إشباع رغباته في عالم الخيال لعدم الإشباع في الواقع وهنا ينبغي إشباع حاجة الطفل للتعبير عن ذاته وإتاحة الفرصة أمام لتنمية قدراته الخيالية عن طريق الرسم والتمثيل والألعاب.
5. لماذا يوجد الكذب لدى البعض كسلوك قائم وحده: أما بسبب عدم القدرة على التمييز بين الحقيقة والخيال، التفسير الخاطئ للأمور نتيجة لعجز ذاكرته قد تلبس عليه الحقائق، عدم القدرة على التعبير الدقيق.
6. ومن الأسباب الأخرى: عدم الثبات في المعاملة الوالدية، الكمال الزائد، التسيب والإهمال، النقد، الثقة الزائدة، التقليد للوالدين، الشعور بالذنب ونقص المعلومات، الإحباط المستمر.

للوقاية من حدوث الكذب:

- تطوير قدرة الطفل على فهم وحل المشكلات.

- ساعد الطفل على الشعور بالأمن، والثقة بالذات.
- تقبل تخيلات الطفل جميعها، وعلم الطفل كيف يتعامل معها ويصفها بواقعية.

علاج الكذب:

- البحث عن دوافع الكذب: وهنا بحاجة إلى دراسة لكل حالة والبحث عن الواقع الحقيقي للكذب هل هو بقصد الظهور أو لحماية النفس من العقاب أو رغم إرادته لوجود عوامل لاشعورية أو هل بدافع الغيرة
- القدوة في البيئة المحيطية بالطفل مثل أن نتجنب الوقوع في الكذب أمام الطفل.
- الامتناع عن العقاب والقسوة في المعاملة لأن العقوبة تجعله عدواني وعنيد وينجح مؤقتا ويعود الكذب.
- الإقلال: التقليل قدر الإمكان من الوعظ والنصح كأسلوب علاجي والتركيز على إقناع الطفل وتبصيره بمميزات الصدق وعواقب الكذب .
- منح الطفل فرصا لإثبات الذات وإشباع الحاجات والتعبير عن النفس بالرسم والتمثيل واللعب.
- خلق جو من الثقة بين الآباء وإعطائه قائم على الحب والتسامح والمرونة وان يتم معالجة موضوع الكذب موضوعيا .
- مساعدة الطفل على فهم المواقف الاجتماعية أي تدريب الأطفال على دقة الملاحظة والتفريق بين الواقع والخيال.
- العلاج النفسي قد يحتاج البعض إلى أخصائي نفسي للكشف عن الدافع اللاشعوري المكبوت .
- التربية الدينية والخلقية الصدق يهدي إلى البر والبر يهدي إلى الجنة.
- تقبل الطفل وأعطه شعورا بالطمأنينة .
- درب الطفل على الاسترخاء.
- شجع التعبير عن الانفعالات من خلال القصص.

الفصل الرابع

تشخيص المشكلات التربوية

(الذاكرة، فرط الحركة وتشتت الانتباه، صعوبات التعلم)

اولا: تشخيص وتقييم الذاكرة

ثلاثة مراحل لعمل الذاكرة:

- **الذاكرة الحسية:** وتخزن الذكريات لثوان قليلة، كما هي الحال عندما تكون مستقلا سيارة مسرعة وتراقب المشاهد التي تمر بها، وهي تسمح لنا بتذكر طعم التفاح او لون اللبن ، ولكل حاسة من الحواس الخمسة ذاكرة.
- **الذاكرة قصيرة المدى:** وتشبه بالمسودة المعدة لكتابة واستدعاء المعلومات مؤقتا وهي لا تدون كثيرا ويتم مسحها باستمرار والتسجيل فيها مستمر ، وتمسك الذاكرة قصيرة المدى المعلومات اقل من دقيقة، كحفظ رقم هاتف ولكن لو سقطت نقطة نقود من يده قد تنسى الرقم، ونستطيع فيها الاحتفاظ من 5-9 أرقام.
- **الذاكرة طويلة المدى:** ويحدث أن تنتقل بعض الذكريات من الذاكرة القصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى حيث يدوم التخزين لساعات أو طوال الحياة، وهي ليست ذاكرة حفظ فقط ولكنها مسؤولة عن التصنيف وتنظيم المعلومات.

العوامل التي تؤثر في الذاكرة : وثمة عوامل تؤثر في الذاكرة، أهمها:

1. **الانتباه :Attention** إن للانتباه دوراً مهماً في نقل المعلومة من الذاكرة الحسية إلى الذاكرة قصيرة الأمد. وزيادة الانتباه للمعلومة، تؤدي إلى إدراكها أكثر، وربطها بالخبرة السابقة وهو ما ينقل المعلومة إلى الذاكرة طويلة الأمد. كما أن الانتباه ضروري لعملية الاستدعاء من مخزن الذاكرة. لذلك، فإن المعلومة التي لا تجد

انتباهاً كافياً لن تسجل في الذاكرة، إذ على قدر الانتباه والربط بالخبرة السابقة، يكون عمق الانطباع في الذاكرة.

2. **الإدراك Perception** الواضح للمعلومة، وربطها وتصنيفها، طبقاً للخبرة السابقة.
3. **نوع الانفعال Emotion** المصاحب للمعلومة. فالفرد ينسى الخبرات المؤلمة، بينما يتذكر الخبرات السارّة، كما أن القلق وقت استدعاء المعلومة، قد يعوق تذكرها.
4. **ربط المعلومة وتصنيفها وتجديدها**: طبقاً للخبرة السابقة، تحفظها على المدى الطويل، وتسهل استدعاءها.

ومراعاة هذه العوامل، تُحسن عملية تسجيل المعلومات واستدعائها. ويلاحظ أن المعلومة، بعد أن تسجل وتدخل إلى الذاكرة طويلة الأمد، قد تنسى بعد فترة من الزمن، ويفسر النسيان بواحدة من النظريات الثلاث الآتية:

1. **نظرية التآكل (أو الضمور)**: وتفترض أن المعلومة تضمر، إذا لم نستعملها بصفة مستمرة، كالعضلة التي تضمر بسبب عدم استعمالها. ولكن يناقض هذه النظرية قدرة الأعمى على تذكر ما رآه قبل العمى.
2. **نظرية التداخل**: ويحدث التداخل إما بطريقة الكف الراجع، إذ تدخل معلومة جديدة لتعوق استدعاء معلومة قديمة. أو بطريقة الكف اللاحق، إذ تتدخل معلومة قديمة في تسجيل معلومة جديدة.
3. **نظرية الكبت**: وتفسر طبقاً لنظرية التحليل النفسي. فالكبت إحدى الحيل الدفاعية، التي يتخلص بها الشخص من الخبرات غير المرغوب فيها، بدفعها إلى دائرة اللاشعور. ويلاحظ أن ما يسرنا، نحب أن نتذكره، في عملية تشبه الاجترار، إلى درجة يتم معها تثبيته وتدعيمه في الذاكرة. بينما ما يسيئنا، لا يحدث له هذا الاجترار، لذا، يعتريه الضمور. وهذا ينطبق على مكفوف البصر، الذي يجتر ما سبق أن رآه، في صورة تخيلات، تجعله يذكر هذه الأشياء، على الرغم من مرور وقت عليها، من دون رؤيتها. كما أن المكافأة تسبب سروراً، يجعل الإنسان يرغب في تكرار الخبرة، لتكرار اللذة الناجمة عنها، فيكرر الموقف اجترارا أو واقعاً، بما يساعد على تدعيمه.

اختلال الذاكرة:

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV) قد تختل الذاكرة بواحدة أو أكثر من الصور الآتية:

- النساوة فقدان الذاكرة :Amnesia إذ يفشل الشخص في استدعاء الأحداث السابقة. وتشمل:

أ- نساوة للأحداث القريبة وتحدث في سن الشيخوخة أو مرض كورسا كوف (Korsakoff's Syndrome)، وهو نقص الثيامين (أحد مكونات فيتامين ب)، المرتبط بالإدمان المزمن على الكحول. وقد يحدث في حالات الجوع الطويل (في المجاعات)، أو تصلب شرايين المخ.

ب- نساوة للأحداث البعيدة: وهي فقدان الشخص القدرة على استدعاء الأحداث، التي مر عليها بعض الوقت، والتي يفترض أنها أصبحت راسخة.

ت- فقدان الذاكرة لأحداث معينة: وقد تسمى فجوات الذاكرة، مثلما يحدث في حالات الهستيريا، حين تكون الأحداث مرتبطة بالخوف، أو الغضب، أو الخجل. وهذا النوع من النساوة يعد انتقائيا.

- **تشوه الذاكرة، ويشمل:**

أ- تشوه الاستدعاء: وذلك في صورة تزييف الأحداث الماضية، عندما يتحدث عنها، ودرجة التزييف تعتمد على درجة الاستبصار ونقد الذات. وهذا التزييف يشيع في الشخصيات الهستيرية. وقد يكون التشوه في صورة الاختلاق. وهو تذكر أحداث على أنها حدثت للفرد، وبينما هي لم تحدث إطلاقاً. وهذا يحدث في حالات الأفراد، الذين لديهم فجوات في الذاكرة، ناجمة عن النساوة للأحداث القريبة.

ب- تشوه التعرف: إذ يعتقد الفرد أنه يعرف جيدا هذا الشخص، على الرغم من أنه يقابله أول مرة، وتعرف بظاهرة الألفة وقد يحدث العكس، حين لا يستطيع الشخص التعرف بأقاربه وأصدقائه، أو ينكر موقفاً حقيقياً، سبق أن خبره.

ت- **حدة الذاكرة:Hypermnesidisorder** أيضاً بفرط التذكر وهـي درجـة مبـالغ فيها من تسجيل الأحداث واستدعائها، وهي حالة مشكلة لأن كثرة التفـاصيل المبالغ فيها، تربك الشخص، وتجعله لا يميز بين الغث والثمين.

ث-**اضطـراب الذاكـرة: Memory disorder** وتتمثـل في الحساسـية الزائـدة، والحساسية المتناقضة، والحساسـية المحرفـة. والتذكـر المفـرط حالـة مـن التذكـر الشديد المبالغ فيه لأدق التفاصيل.

ج- **خطأ الذاكرة Paramnesia** وهو إيهام الذاكرة، أو تزييف الذاكرة وتشوهها.

ثانيا: فرط الحركة وتشتت الانتباه Hypractivity Disorder Attention Deficit

هناك توجهًا حديثا في المجال النفسي والتربوي بأن هناك اضطرابًا مستقلاً يطلـق عليه فرط النشاط و/ أو ضعف التركيز، أي أنهما قد يظهران معًا أو قـد يكـون كـل منهما ظاهرًا على حدة، ولكن من جانب آخر هناك من يعتقـد بخطأ هـذا الاعتقـاد، ويعتبر فرط النشاط عرضًا لكثير من الاضطرابات المختلفـة. الاهتمـام: لا تعتبـر مـن صعوبات التعلم و لكنها مشكلة سلوكية عند الطفل و يكـون هـؤلاء الأطفـال عـادة مفرطي النشاط و اندفاعيين و لا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من دقائق فقط.

يصاب من ثلاثة إلى خمسة بالمائة من طلاب المدارس بهذه الحالة و الذكور أكـثر إصابة من الإناث، ويشكل وجود طفل مصـاب بـهذه الحالـة مشـكلة حقيقيـة أحيانـا للأهل و حتى الطفل المصاب يدرك أحيانا مشكلته ولكنه لا يسـتطيع السيطرة علـى تصرفاته، و يجب على الوالدين معرفة ذلك ومنح الطفل المزيـد مـن الحـب و الحنـان والدعم .

يعتبر الانتباه الصفي شرطاً أساسياً للتعلم والنجاح المدرسـي، والطـالب الـذي يعاني من ضعف الانتباه الصفي يمكن أن تصدر عنه سلوكيات غير مناسبة في الصـف تؤثر على تحصيله.

إن الانتباه مهارة قابله للتعلم، ويمكن للمرشد في المدرسـة أن يسـهم في تحسـين مستوى مهارة الانتباه لدى الطلبة والتخطيط لبرامج وقائية تقلل من احتمال حـدوث

حالات ضعف الانتباه ورسم برامج علاجية لمساعدة الطلبة الذين تظهر لديهم هذه المشكلة.

يشير مفهوم الانتباه الصفي إلى الوضع الذي يتجه فيه الانتباه إلى موضوع لا يتلاءم مع النشاطات الصفية. وضعف الانتباه الصفي هو الحالة التي يكون فيها الطالب منشغلاً معظم الوقت بموضوعات خارجة عن نطاق الموضوع الدراسي مثل النظر إلى النافذة أو الرسم....الخ وهو أحد المشكلات الشائعة لدى الأطفال، ومن الممكن أن يصاحب هذه الاضطرابات حالة من النشاط المفرط والزائد عن الحد (أو قد لا يصاحبها ذلك)، وتظهر هذه الاضطرابات بنسب أعلى لدى الأطفال الذكور وتحدث في سن 2-3 أعوام، ولا يلتفت إلي هذه الحالة بالمدرسة ويعانون من صعوبات في الاستيعاب والتركيز.

تم معرفة هذه المشكلة منذ عام 1902، وكان يشار إليها "باضطرابات النشاط المفرط"، ولم تبدأ الأبحاث الجادة في دراسة هذه الحالة حتى الستينات والتي انطلقت بعدها العديد من الأبحاث. وتوجد اختلافات في تشخيص هذه المشكلات وخاصة من قبل العلماء في المجتمع الأمريكي والبريطاني:

1- تعريف الأمريكان لهذه المشكلات على أنها تعتمد علي المواقف التي يتعرض لها الطفل والأحوال والظروف التي يوضع فيها.

2- أما التعريف البريطاني فيقر بأنها حالة عامة وتسود في جميع المواقف والأحوال (أي أن هؤلاء الأطفال نشاطهم مفرط في كافة المواقف).

العوامل الخارجية والداخلية المؤثرة في الانتباه

يتأثر الانتباه بعوامل خارجية هي:

1. شدة المثير: كالصوت القوي والضوء الساطع.
2. جدة المثير: المثيرات الجديدة بالنسبة للفرد تلفت انتباهه.
3. تغير المثير: مثل اختلاف نغمة الصوت لدى المعلم عندما يتحدث عن موضوع معين.

كما يتأثر بعوامل داخل وهي:

1.**الاهتمام**: الموضوعات التي يهتم بها الطالب تجذب انتباهه أكثر من التي لا تهمه

2.**الحرمان الجسم والاجتماعي**: الموضوعات التي تتصل بحاجات الانتباه.لدى الفرد تجذب انتباهه.

3.**التعب**: الطالب المرهق جسمياً أو عقلياً يكون عرضه لتشتت الانتباه .

4. **مستوى الإثارة**: وجود مستوى من القلق لدى الطالب يؤدي إلى حاله من الإثارة تزيد من دافعية الطالب للتعلم.

1.المناخ الصفي: يكون الصف غير مناسب يؤدي إلى تشتت انتباه الطالب.

2.جو القلق والتوتر في غرفة الصف يؤدي إلى ضعف الانتباه.

3.عوامل مرتبطة بالطالب.

أسباب ضعف الانتباه الصفي ذات العلاقة بالطالب

1. عوامل نفسيه: تتعلق بالنضج العصبي أو صعوبات في الإدراك.

2. عوامل نفسيه: مثل القلق وعدم الشعور بالأمن .

3. التوجي اليقظة: يزيد من الانتباه ويظهر التوجه الخارجي في الحالات التي يقوم فيها الطالب بجزء من العمل ثم يتوقف حتى يحصل على توجيهات.

4. أحلام اليقظة: تقلل أحلام اليقظة من قدرة الطالب على تركيز الانتباه على المثيرات الخارجية.

5.التعزيز الإيجابي أو السلبي: يتعلم الطالب ضعف الانتباه إذا كوفيء عندما يشتت للحالة: المعلم له (تعزيز إيجابي) أو بالإعفاء عن مهمة لا يرتاح إليها (تعزيز سلبي).

6. تقليد نموذج: ضعيف الانتباه كالأب أو الأم.

الأسباب المحتملة وراء الإصابات بهذه الاضطرابات:

الأسباب: أسباب هذه الحالة غير معروفة تماما، ويمكن لأي مما يلي أن يكون سببا للحالة:

- اضطراب في المواد الكيماوية التي تحمل الرسائل إلى الدماغ.
- إذا كان أحد الوالدين مصابا فقد يصاب الأبناء.
- قد ينجم المرض عن التسمم المزمنة.
- قد تترافق الحالة مع مشاكل سلوكية أخرى.
- قد ينجم المرض عن أذية دماغية قديمة.
- بعض الدراسات الحديثة تشير إلى أن قلة النوم عند الطفل على المدى الطويل قد تكون سببا في هذه الحالة كما عند الأطفال المصابين بتضخم اللوزات. وفيما يلي وصفا لهذه الأسباب:

1- تلف المخ العضوي:

الاحتمالات الأولى عن الأسباب الممكنة للإصابة باضطرابات نقص الانتباه كانت في عام 1908 وتوصل إليها "تريد جولد" الذي أوضح أن النشاط المفرط لدى الطفل يتصل اتصالاً مباشراً بتلف المخ العضوي والذي ينشأ كما في اعتقاده عن إصابات يتعرض لها المخ، الحرمان من الأكسجين، مشاكل قد تعرض لها الجنين قبل ولادته، أو إصابة عند الميلاد. ومن المحتمل، أن يكون هناك مشكلة (عجز) في عملية التمثيل الغذائي لـ (Neurotransmitters) والتي تفرز مواد كيميائية في المخ بشكل طبيعي، وقد أثبتت العقاقير التالية:

- Methylphenidate (Ritalin)
- Dextroamphetamine (Dexedrine)

فاعلية في الحد من الأعراض لدى بعض الأطفال، وهذا يدعونا إلي أن يتجه تفكيرنا إلي إنتاج المادة الكيميائية بالمخ علي نحو طبيعي، وبالرغم من نجاح هذه الأدوية في علاج السلوك إلا أنه لها آثار جانبية بما فيه: الأرق، فقدان الشهية، ومشاكل متصلة بالمعدة.

وفي عام 1971 اقترح العالم (ويندرWender) أن بعض الأطفال يظهرون أعراضاً تتصل بخلل في النشاط الكيميائي بالمخ (Defective Inhibitory System)

المسئولة بشكل مباشر عن اليقظة والانتباه والثواب والتي تترجم في صورة نشاط مفرط وزائد عن الحد، كما تجعل الطفل أقل حساسية وإدراكاً للثواب والعقاب وبالتالي يتسبب في عدم مقدرته على التعلم بكفاءة، واستكمالاً للنتائج التي تم التوصل إليها فإن بعضاً من الباحثين توصلوا إلي أن هؤلاء الأطفال ليست لديهم المقدرة على تعديل سلوكهم بالانتباه إلى المواقف الجديدة.

وتلخيصاً لكل ما سبق أن تلف المخ العضوي لا يساهم في حدوث هذه الاضطرابات إلا في حالات معدودة.

2- الجينات:

تلعب الجينات دور أيضاً في إصابة الأطفال بهذه الاضطرابات حتى وإن كانت نسبتها ضئيلة، فقد أظهرت الدراسات أن الآباء الذين يعانون من النشاط المفرط لوحظ إصابة أبنائهم بعدم القدرة علي الانتباه والتركيز (وتمثل هذه النسبة 10 ٪)، كما أن التوائم من بويضة واحدة أكثر عرضة للتعرض بالإصابة من التوائم من بويضتين. وقد توصل كلا العالمين "موريسون وسيتورات" عامي 1971و1973 إلى أن الآباء الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية يصاب أبنائهم باضطرابات الانتباه.

3- العوامل البيئية:

الألوان الصناعية في العديد من الأطعمة، معدلات الرصاص في الجو، التلوث البيئي، وإضاءة المصابيح الفلورسنت كل هذه العوامل مجتمعة أو منفصلة تسبب هذه الاضطرابات، على الرغم من الاختبارات التي تم إجراؤها على هذه العوامل ليست قوية بالدرجة إلا أن الحد منها أظهرت فاعلية مع بعض الحالات. كما أن السكر في المشروبات الفوارة من الممكن أن يؤدى إلي الإفراط في النشاط.

ومن العوامل البيئية الأخرى عوامل ما قبل وأثناء الولادة مثل تعرض الأم للإشعاع أو بعض العقاقير أو أمراض كالحصبة الألمانية، كذلك الحوادث ومنه إصابة مخ الجنين أثناء الولادة أو إصابته بعد الميلاد أو ضربه على رأسه، كذلك حدوث

أمراض معدية كالحمى الشوكية أو الالتهاب السحائي، فيؤدي ذلك إلى إصابة المراكز العصبية في المخ والمسؤولة عن الانتباه، كذلك من العوامل البيئية التسمم بالتوكسينات ومن ذلك التسمم بمادة الرصاص التي تدخل لعب الأطفال الخشبية وطلاء أقلام الرصاص، كذلك من العوامل البيئية الغذاء مثل الحساسية لبعض الأغذية التي تؤدي للنشاط الزائد.

4- عوامل متصلة بالأسرة:

أظهرت دراسات "باتل ولاسي – Battle & Lacey" عام 1972، أن أمهات الأطفال الذين يعانون من "A D H D" لا يظهرون أبداً أياً من علامات الحب والعاطفة لأبنائهم ومعاملتهم قاسية ويتعرض الأبناء للعقاب دائماً. ولكن في دراسة نفت الدراسة الأولى وأظهرت العكس هو أن هذا السلوك الصارم من قبل الأمهات هو رد فعل طبيعي لسلوك أبنائهم الشاذ، ومن الملاحظ أن الجدال هنا أخذ شكل الحلقة المفرغة أي أن السبب والأثر من الصعب انفصالهم عن بعضهم البعض، وخاصة لأن الأطفال لا يصنفون تحت قائمة المصابين باضطرابات القدرة على التركيز والانتباه إلا عند التحاقهم بالمدرسة، ومعنى ذلك أن سبعة أعوام قد انقضت من عمر الطفل وهي من أكثر المراحل حرجاً في تكوين شخصيته وتنشئته ولكنها من الصعب خضوعها للدراسة والتحليل.

الأعراض:

قبل تشخيص هؤلاء الأطفال وإصدار حكم بأن لديهم فرط في النشاط وتشتت الانتباه، يجب التأكد مما يلي:

- التأكد أولاً من سلامة أجهزة النظر والسمع والكلام.
- إجراء اختبار مستوى الذكاء.
- إجراء بعض الفحوص المخبرية.
- ملاحظة سلوك الطفل في المدرسة والمنزل مهم أيضاً.

من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد: المغص، الاهتياج والإثارة، صعوبة السيطرة على الذات، عدم القدرة على الانتباه (وهذه هي السمة الغالبة والأساسية لهذه الاضطرابات)، الاندفاعية (وتتضمن عدم القدرة علي التحكم في النفس وسهولة الاستثارة)، النشاط المفرط أو الزائد عن الحد (حيث يشكو الآباء والمدرسون من حركة أبنائهم الدائمة).

الشكوى الدائمة من عدم مقدرة هؤلاء علي التكيف الاجتماعي (حيث يمكن وصفهم بعدم النضج، عدم التعاون، العدوانية، القيادية والتحكم في الآخرين، صعوبات في القراءة، وبعض المشاكل المتعلقة بالناحية التعليمية والأكاديمية وهى من أكثر الأعراض شيوعاً).

أحيانا يكون من الصعب جدا تشخيص هذه الحالة حيث أنها تتشابه مع مشكلات كثيرة أخرى، وتبدأ الأعراض عادة قبل أن يبلغ الطفل سن السابعة ويجب قبل وضع التشخيص استبعاد كل الأمراض والاضطرابات العاطفية الأخرى، ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في التركيز ويكونون عادة اندفاعيين ولديهم زيادة في الحركة، وبعض الأطفال تكون مشكلتهم على شكل نقص انتباه دون فرط الحركة، و يجب التذكر أن أي طفل طبيعي يتصرف بهذه الطريقة أحيانا، أما الأطفال المصابين بكثرة الحركة ونقص الانتباه فهم دائما على نفس الحال من فرط النشاط.

وعادة تكون القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعية. وتكون المشكلة الأساسية لديهم هو أن فرط النشاط و/ أو ضعف التركيز لا يساعدهم على الاستفادة من المعلومات أو المثيرات من حولهم، فتكون استفادتهم من التعليم العادي أو بالطريقة العادية ضعيفة، حيث يحتاجون أولاً للتحكم في سلوكيات فرط الحركة وضعف التركيز؛ وذلك لأن من الأعراض المعروفة لهذا الاضطراب:

أ- عدم إتمام نشاط والانتقال من نشاط إلى آخر دون إتمام الأول، حيث إن درجة الإحباط عند هذا الطفل منخفضة؛ ولذا فإنه مع فشله السريع في عمل شيء ما، فإنه يتركه ولا يحاول إكماله أو التفكير في إنهائه.

ب- عدم القدرة على متابعة معلومة سماعية أو بصرية للنهاية، مثل: برنامج تلفزيوني أو لعبة معينة، فهو لا يستطيع أن يحدد هدفًا لحركته، ففي طريقه لعمل شيء ما يجذبه شيء آخر.

ت- نسيان الأشياء الشخصية، بل تكرار النسيان.

ث- عدم الترتيب والفوضى.

ج- الحركة الزائدة المثيرة للانتباه، عدم الثبات بالمكان لفترة مناسبة، حيث يكون هذا الطفل دائم التململ مندفعًا.

ح- فرط أو قلة النشاط.

خ- عدم الالتزام بالأوامر اللفظية، فهو يفشل في إتباع الأوامر مع عدم تأثير العقاب والتهديد فيه. وهذه بعض الأمثلة فقط.

د- وطبعًا يشكّل الصف المدرسي بما يتطلبه من انضباط ونظام وواجبات مهما كانت بسيطة عبئًا على هؤلاء الأطفال، ليس لأنهم لا يفهمون المطلوب، بل لأنهم لا يستطيعون التركيز والثبات في مكان والانتباه لفترة مناسبة لتدخل هذه المعلومة أو تلك إلى أذهانهم، وبالتالي تحليلها والاستفادة منها بشكل مناسب، طبعًا مع مراعاة ما يناسب كل سن على حدة.

وتساعدك القائمة التالية لتعرف فيما إذا كان الطفل مصاب بهذه الحالة:

أولاً: الأطفال ما بين سن الثلاث إلى خمس سنوات

- الطفل في حالة حركة مستمرة ولا يهدأ أبدا .
- يجد صعوبة بالغة في البقاء جالسا حتى انتهاء وقت تناول الطعام.
- يلعب لفترة قصيرة بلعبه و ينتقل بسرعة من عمل إلى آخر.
- يجد صعوبة في الاستجابة للطلبات البسيطة.
- يلعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال.
- لا يتوقف عن الكلام و يقاطع الآخرين.

- يجد صعوبة كبيرة في انتظار دوره في أمر ما.
- يأخذ الأشياء من بقية الأطفال دون الاكتراث لمشاعرهم.
- يسيء التصرف دائما.
- يجد صعوبة في الحفاظ على أصدقائه.
- يصفه المدرسون بأنه صعب التعامل.
- قد يعاني بعض هؤلاء الأطفال من بكاء مستمر
- وهم عرضة للحوادث.
- والعديد منهم مندفعين.
- ويزعجون آبائهم والأشخاص الذين يعتنون بهم .
- ويقومون بإزعاج الأطفال الآخرين باستمرار.

الأطفال ما بين ستة إلى اثني عشر سنة:

- يتورط هؤلاء الأطفال عادة بأعمال خطرة دون أن يحسبوا النتائج.
- يكون الطفل في هذا العمر متململا كثير التلوي والحركة ولا يستطيع البقاء في مقعده.
- ويستغرقون في أحلام اليقظة.
- وغالبا ما يرتكبون أخطاء ناتجة عن لا مبالاة.
- ويمكن أن يخرج من مقعده أثناء الدرس ويتجول في الصف.
- من السهل شد انتباهه لأشياء أخرى غير التي يقوم بها.
- لا ينجز ما يطلب منه بشكل كامل.
- يجد صعوبة في إتباع التعليمات المعطاة له.
- يلعب بطريقة عدوانية فظة.
- يتكلم في أوقات غير ملائمة ويجيب على الأسئلة بسرعة دون تفكير.

- يجد صعوبة في الانتظار في الدور.
- مشوش دائما ويضيع أشياءه الشخصية.
- يتردى أدائه الدراسي.
- يكون الطفل غير ناضج اجتماعيا وأصدقاءه قلائل و سمعته سيئة.
- يصفه مدرسه بأنه غير متكيف او غارق بأحلام اليقظة.

سماته العاطفية:

- التهور، وسرعة الغضب والهيجان .
- الاستجابة بسرعة ودون تفكير .
- اللامبالاة بعواقب الأمور ونتائج تصرفاته .
- الميل إلى لوم الآخرين على تصرفاتهم الخاطئة.
- الإلحاح وعدم الصبر وعدم انتظار دوره.
- تذبذب المزاج وسرعة تقلبه.
- انخفاض مستوى نضجه العاطفي وعدم تناسبه مع عمره.
- صعوبة التكيف مع الظروف الجديدة.
- صعوبة إظهار مشاعره وما في داخله.

سمات العلاقة مع الآخرين:

- الافتقار إلى المهارات الاجتماعية، مثل السلام وتبادل التحية.
- فشله في تكوين الصداقات لعلاقاته غير السوية مع أقرانه وتكون صداقاته مع من يكبره سنا لأنهم يدركون طبيعة سلوكه.
- إقحام نفسه فيما لا يعنيه.
- عدم التعاطف مع الآخرين.

سمات الأداء الأكاديمي:

- وجود صعوبات تعليمية لديه في النطق والكتابة والقراءة والحفظ.
- الافتقار إلى مهارة حل المشكلات واعتماده على الآخرين باستمرار (اتكالي).
- عدم ترتيب الأفكار والعمل، وفقد الأدوات المدرسية في الغالب.
- عدم وجود اهتمام بالوقت، فإما أن يقوم بالعمل ببطء شديد وإما أن ينهي العمل بسرعة دون تحري الدقة.
- انخفاض الاستجابة وانخفاض التفاعل مع الحوافز أو التخويف.
- يكون أداؤه الأكاديمي أقل ممن هم في عمره بسنة أو سنتين.
- صعوبة إيصال المعلومات التي يعرفها لغيره.

الحركة المفرطة والاندفاع/ التهور:

- الوصول في الوقت المناسب
- يجدون صعوبة في إطاعة الأوامر
- يجدون صعوبة في إتباع القواعد
- عصبيون ونافذو الصبر
- لا يستطيعون تأجيل حاجاتهم
- يتصرفون دون تفكير
- ويجدون صعوبة في انتظار دورهم.
- يقاطعون الآخرين خلال حديث ما.
- يتحدثون كثيرا بصوت عال وبسرعة.
- يتفوهون بأول ما يخطر على بالهم.
- يوسمون بالكسالى، وبغير المسؤولين.

لتشخيص تشتت الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية اتبع ما يلي:

لا بد أن تكون أعراض عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد موجودة على الأقل في موقفين لإجراء التشخيص كالبيت والمدرسة ولا بد أن يكون بداية الأعراض قبل سن السابعة ويكون التشخيص أكثر ثباتا عندما يعود الاضطراب إلى مرحلة بداية المشي، أي أن السمة الفارقة المميزة لاضطراب الانتباه والنشاط الزائد أن يكون واضحا قبل سن السابعة من العمر أما السمات المستمرة فهي:

1- يحدث في موقفين أو أكثر.

2- أداء اجتماعي وأكاديمي عاجز.

3- عدم إصابة الفرد بمرض ذهاني.

4- عدم إصابته باضطراب نمو سائد.

5- عدم وجود اضطراب مزاجي أو قلق.

6- عدم وجود اضطراب الفصام أو اضطراب الشخصية.

7- عدم وجود حالة فسيولوجية، أما السمات المتغيرة فهي:

1- يحدث أكثر لدى الأولاد.

2- العدوانية مرافقة.

3- تاريخ اسري لوجود اضطراب عدم انتباه ونشاط زائد.

4- انخفاض في تشبع الفصوص الجبهية.

5- رسم المخ الكهربائي ليس شاذا.

6- قد يصاحبه اضطراب العناد والتمرد.

7- قد يوجد اضطراب اكتئابي مصاحب.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV) يستمر 6 أو أكثر من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن 6 شهور:

- يفشل الفرد غالبا في منح الانتباه للتفاصيل او ارتكاب أخطاء او إهمال في العمل المدرسي.
- يجد الفرد صعوبة في مواصلة الانتباه في المهام او أنشطة اللعب
- غالبا لا يبدو منصتا عندما يتحدث الآخرون إليه مباشرة.
- غالبا لا يتابع التعليمات ويفشل في الاهتمام بالعمل المدرسي.
- يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.
- يتجنب او يبغض او يقاوم الاشتراك في مهام تتطلب جهدا عقليا مستمرا.
- يفقد الأشياء الضرورية للمهام او الأنشطة (الألعاب- الواجبات المدرسية- الأقلام - الرصاص- الكتب- الأدوات).
- غالبا يتشتت بسهولة من المثيرات الخارجية
- غالبا ينسى الأنشطة اليومية
- لا بد أن يحدث في موقفين أو أكثر.
- النشاط الزائد والاندفاعية:
- اضطراب سلوكي معرفي يصيب حوالي 3-5٪ من الأطفال بعد عمر الستة سنوات.
- تستمر هذه المشكلة في بعض الأحيان إلى ما بعد البلوغ لتتدخل في عملهم، وصداقاتهم وحياتهم العائلية متسببة في بعض الاضطرابات النفسية.
- تنتشر من سن 6-12 سنة وتشيع بين الذكور 1-6.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية: (DSM-IV) يظهر ستة او أكثر لمدة لا تقل عن 6 شهور:

- غالبا يتمخط الأساسي ورجليه او يتلوى في مقعده.
- غالبا يترك مقعده في الفصل او مواقف أخرى.
- غالبا ينتقل من مكان إلى آخر أو ينسحب من موقف كان قد اتخذه.

- غالبا يجد صعوبة في اللعب او الاشتراك في أنشطة أوقات الفراغ تماما.
- غالبا يكون ناشطا من غير كلل او يتصرف كما لو كان يحركه موتور.
- غالبا يفرط في الحديث.
- غالبا يقول الإجابات من غير تفكير قبل استكمال الأسئلة.
- غالبا يجد صعوبة في انتظار دوره.
- غالبا يقاطع الآخرين ويتدخل في شؤونهم.

الوقاية من ضعف الانتباه :

يمكن العمل على وقاية الطلبة من تشتت الانتباه عن طريق:

1. زيادة فرص النجاح والشعور بالكفاءة لدى الطالب ويتطلب ذلك أن يكلف الطالب القيام بأعمال ذات صعوبة متوسطة تقع ضمن إمكاناته.
2. تعليم الانتباه وتعزيزه: إعطاء الطالب مهمات يحبها مثل الألعاب أو القصص وتشجيعه على القيام بالمهمة وتعزيزه مادياً أو معنوياً عندما يقوم بذلك.

تحديد المستوى الحالي لضعف الانتباه:

إن تحديد خط الأساسي يتم عن طريق ملاحظة وتسجيل السلوك ويفيد ذلك في معرفة مدى استفادة الطالب من البرنامج العلاجي كما يساعد على معرفة مستوى المشكلة لدى الطالب.

يتم قياس مستوى الانتباه في الصف بإحدى الطرق التالية :

1- قياس الفترة الزمنية التي يقضيها الطالب الكتابة. بمهمات مناسبة في الصف مثل النظر إلى المعلم، الكتابة .... الخ.

2- تسجيل عدد المرات التي يقوم فيها الطالب بسلوك يدل على عدم الانتباه خلال فتره زمنية معينة (حصة مثلاً) وتشمل السلوكيات (الخروج من المقعد التحدث مع الطلبة، الإزعاج).

3- تقدير نسبة ما ينجزه الطالب من مهمة معينه إلى حجم العمل المطلوب مثلاً إذا كانت المهمة حل مسألة حساب فما نسبة ما أنجزه إلى ما هو مطلوب.

علاج تشتت الانتباه والنشاط الزائد:

خمسة خطوات إرشادية للعلاج:

1- فهم وتقبل حالة المشكلة والتركيز علي أنها حالة مرضية تحتاج لعلاج.

2- تحديد النتائج المرجو الوصول إليها.

3- استخدام الأدوية التي تعدل من السلوك، في حالة كانت المشكلة تستدعي ذلك.

4- إعادة تقييم العلاج غير الفعال.

5- عناية ومتابعة علي نحو مستمر.

ولكي يأتي العلاج بالنتائج المرجوة، لابد وأن يقوم المرشد بمساعدة الآباء والمدرسين بالحصول على بعض المعلومات لتحديد الخطة العلاجية.

- ويحتاج هؤلاء الأطفال إضافة إلى التشخيص المناسب إلى التدريب المناسب
- العلاج السلوكي: يعتمد العلاج السلوكي بالأساس على تعزيز الطفل لشيء يحبه، وتدريبه على التركيز أولا لمدة 10 دقائق، ثم ننتقل إلى زيادتها إلى 15 دقيقة، وهكذا.

لكن يشترط لنجاح هذه الإستراتيجية في التعديل أمران:

- **الأول**: الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة، فلا للعنف معه؛ لأن استخدام العنف معه ممكن أن يتحول إلى عناد، ثم إلى عدوان مضاعف؛ ولهذا يجب أن يكون المرشد على علاقة جيدة بالطفل، ويتصف بدرجة عالية من الصبر، والتحمل، والتفهم لحالته.
- **الثاني**: يجب أن يعلم الطفل بالتعزيز (الجائزة)، وأن يوضع أمامه لتذكيره كلما نسي، وأن يعطى التعزيز فور تمكنه من أداء العمل.

علاج تشتت الانتباه:

أولاً: إعطاء مهمات واضحة محددة جذابة وتقليل المشتتات: تزيد طول فترة الانتباه لدى ضعيفي الانتباه عندما تعطيهم مهمات ذات طبيعة محددة مع تعليمات واضحة حول ما هو مطلوب.

ثانياً: تعزيز إطالة فترة الانتباه: لا تقدم المعززات للطالب إلا بعد زيادة فترة الانتباه.

ثالثاً: تدريبات لإطالة فترة الانتباه:

أ- زيادة الانتباه من خلال التدريب على مهارات الاتصال.

ب- الانتقال بين الشكل والخلفية.

ج- انتقاء المثيرات السمعية المناسبة.

د- الملاحظة والتمييز.

و- الضبط الذاتي للانتباه.

رابعا: التدخل التربوي

- حجرة الدرس أو الصف مجهزة بحيث تكون بعيدة عن الضوضاء.
- حجرة الدراسة أو الصف جيد الإضاءة والتهوية.
- حجرة الدراسة أو الصف تخلو من اللوحات
- يتم تدريس الطفل بطريقة فردية قدر الإمكان.
- لا تزيد مدة التركيز في البداية من 5-15 دقيقة.
- لا يكثر المعلم أو الأهل من النقد للطالب، لأن ذلك يجعل الطالب عنيد.

خامسا: العلاج باللعب

- وضع لائحة بالوسائل التي تحفز الذاكرة عند الطالب مثل البحث عن النواقص في رسمين متشابهين، أو البحث عن الكلمة الضائعة، أو اللعب بالدومينو الخ.
- ومشاركة الطفل باللعب، واختيار الألعاب المناسبة للطفل والحركية والتي تساعد الطفل على التنفيس الحركي عن ذاته.

- اختيار الألعاب التي تساعده في تنميته مهاراته الحركية وتساعده في التعلم بنفس الوقت.

سادسا: العلاج الأسري

- من خلال المناقشات الأسرية مع الطفل وإشراكه بالمناقشة.
- من خلال تجنب الشجارات داخل الأسرة أمام الطفل.
- من خلال تحميله لمسؤوليات بسيطة داخل الأسرة تشعره بالانتماء.
- من خلال المشاركة الأسرية في البرنامج العلاجي.
- من خلال الصبر عليه وعدم إهماله او القسوة عليه.
- من خلال المطالعة المستمرة للمساعدة في تحسينه وتعلم كل جديد حول مشكلته.

سابعا: العلاج بالهوايات

- وينبغي شغل وقت الطفل وتصريف طاقته وتحويلها من الهدم للبناء عبر ممارسة هوايات مختلفة.
- بالإضافة لممارسة إحدى الهوايات مثل الرسم.

ثامنا: العلاج من خلال الحواس

- يجب أن يتم التواصل البصري مع الطفل مباشرة، وهو ما يسمّى (eye to eye contact)
- يجب أن يكون مكتب الطالب فارغًا من المشتتات البصرية من أشياء ملونة أو براقة أو ألعاب مع تقليل الأدوات المكتبية المستخدمة قدر المستطاع.
- ويفضل أن يكون مكتبه موجهًا للحائط، ومع الحرص على تقليل المثيرات المحسوسة بالمكان وما يلفت النظر ككرسي دوار أو متأرجح أو غير ذلك.
- العلاج من خلال الحواس السمعية: يجب أن تتم المهمة بشكل جهري كالقراءة مثلاً مع تغيير نغمات الصوت وانفعالاته بشكل يجذب الانتباه ويمتع في الوقت نفسه. ويجب خلو المكان من أي مشتتات سمعية أو أشياء تصدر أصواتا ولو حتى غطاء القلم الذي يضغط فيحدث صوتًا، ويجب إعداد ملخص بعد الانتهاء

من كل جزئية تم شرحها واسترجاع ملخصها مرة أخرى، ثم سؤاله عما استوعبه أو فهمه أو استمتع به مما قيل.

- العلاج من خلال الحواس اللمسية الحركية: يجب أن يتم التواصل باللمس عن طريق الربت أو التمليس على الشعر أو اليدين كل فترة من قبل والديه لتنبيه حاسة اللمس أيضًا.

تاسعا: العلاج من خلال تنظيم الوقت

- يساعد في تقسيم واجبات الطفل خلال اليوم على أن لا تتعارض مع نصيبه من الوقت المخصص للعب. فهناك أوقات محددة لتناول وجبات الطعام، وكتابة الفروض المدرسية، ومشاهدة التلفزيون، وموعد محدد للنوم.

عاشرا: العلاج من خلال تحميله المسؤولية:

تسليم الطفل مهمات محددة ليقوم بها بشكل روتيني يومياً مثل رعاية إخوانه وتنظيف نفسه وغسيل يديه وترتيب ملابسه. ويمكن في الصف أن يكون مسؤولا عن الطبشورة أو مسح السبورة.

إحدى عشر: العلاج من خلال التعزيز

- يساعد على بناء ثقة الطفل بنفسه وعلى تكرار الأعمال التي تلاقي استحساناً من القيمين عليه كأولياء الأمر والأساتذة. وجزء من التعزيز مادي ولفظي واجتماعي.
- يجب أن يستخدم التعزيز بالبداية بشكل مكثف ثم يتم استخدامه بشكل متقطع. العبوس للتعبير عن عدم الرضا للأفعال غير اللائقة التي يقوم بها الطفل خارج المنزل ومحاسبته عن أفعاله غير اللائقة عند العودة إلى المنزل بأسلوب الوقت المحدد.

اثني عشر: العلاج من خلال القدوة:

- وهو من الأساليب الهامة في علاج السلوك. والمقصود به تقديم نموذج توضيحي للسلوك المرغوب بطريقة صحيحة. ويتم جذب انتباه الطفل لمتابعة الأداء، ثم يطلب منه أن يحتذي به.

علاج النشاط الزائد:

العلاج السلوكي:

يفضل استخدام العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال لتدريبهم في التحكم في الذات وعلى الاسترخاء وتدريبهم على ملاحظة أنفسهم وفيما يلي بعضا من هذه الأساليب:

- يمكن استخدام التدعيم الإيجابي اللفظي للسلوك المناسب، وكذلك المادي، وذلك بمنح الطفل مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكون محصلتها النهائية الوصول إلى عدد من النقاط تؤهله للحصول على مكافأة، أو هدية، أو مشاركة في رحلة، أو غيرها، وهذه الأساليب لتعديل السلوك ناجحة ومجربة في كثير من السلوكيات السلبية، ومن ضمنها "النشاط الحركي الزائد"، ولكن يجب التعامل معها بجدية ووضوح حتى لا تفقد معناها وقيمتها عند الطفل، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة الطفل، وأنه لا يمكنه الاستقرار والهدوء لفترة طويلة.
- جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة، والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة. وذلك بشرح المطلوب من الطفل له بشكل بسيط ومناسب لسنه واستيعابه، والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظية وبصرية مثل الصور والرسومات التوضيحية والكتابة لمن يستطيعون القراءة. وعمل خطوات معينة يجب عملها تبعًا لجدول معين وفي وقت معين)، ويتم تطبيق هذا البرنامج بواسطة المرشد وبالتعاون مع الأهل، والمعلم، والطبيب (إذا كان هناك حاجة مرضية مثل نقص مواد معينة بالجسم أو وجود ضرورة التحكم في فرط النشاط عن طريق أدوية معينة).

- استخدام أسلوب تكلفة الاستجابة وهو إحدى فنيات تعديل السلوك، ويعني (فقدان الطفل لجزء من المعززات التي لديه نتيجة سلوكه غير المقبول، وهو ما سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك) ومثل ذلك إلغاء بعض الألعاب، بل وسحبها مقابل كل تجاوز يقوم به الطفل خارج حدود التعليمات.
- استخدام العقود: و يعني بذلك عقد اتفاق واضح مع الطفل على أساس قيامه بسلوكيات معينة، ويقابلها جوائز معينة، والهدف هنا تعزيز السلوك الإيجابي وتدريب الطفل عليه، ويمكننا إطالة مدة العقد مع الوقت، ويجب هنا أن تكون الجوائز المقدمة صغيرة ومباشرة، وتقدم على أساس عمل حقيقي متوافق مع الشرط والعقد المتفق عليه، ومثال ذلك العقد:

سيحصل الطفل كل يوم على عشرة قروش إضافية مثلاً -حسب الظروف- إذا التزم بالتالي:

- الجلوس بشكل هادئ أثناء تناول العشاء.
- ترتيب غرفته الخاصة قبل خروجه منها.
- إكمال واجباته اليومية في الوقت المحدد لها.

ويوقع على هذا العقد الأب والابن، ويلتزم الطرفان بما فيه، ويمكن للأب أن يقدم للطفل أو المراهق بعض المفاجآت الأخرى في نهاية الأسبوع، كاصطحابه في نزهة أو رحلة، أو أي عمل آخر محبب للابن إذا التزم ببنود العقد بشكل كامل، وتكون هذه المفاجآت معززًا آخر يضاف لما اتفق عليه في العقد.

- نظام النقطة: ويعني به أن يضع المرشد أو الأب جدولاً يوميا مقسما إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم، ويوضع في هذه المربعات إشارة أو نقطة عن كل عمل إيجابي يقوم به الابن سواء إكماله لعمله أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافأ على ذلك مكافأة رمزية.
- ومن المهم جدا أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح ومشاهد للطفل حتى يراها في كل وقت، ونظام النقط ذلك مفيد للأطفال الذين لا يستجيبون للمديح أو

الإطراء. وهي مفيدة لأنها تتبع للسلوك بشكل مباشر، ولكن يجب فيها المبادرة بتقديم الجوائز المتفق عليها على الا تكون مكلفة للأسرة، وأن تقدم بشكل واضح ودقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها.

- ويمكن استخدام العلاج السلوكي المعرفي من خلال التخيل أنه يقوم بالأشياء ببطء، ومن خلال تعليمهم كيفية حل المشكلات وضبط الذات والتدريب على المهارات الاجتماعية.
- وضوح اللغة وإيصال الرسالة: و المعنى هنا أن يعرف الطفل ما هو متوقع منه بوضوح وبدون غضب، وعلى المرشد والمعلمون ووالديه أن يذكروا له السلوك اللائق في ذلك الوقت، فيقول الأب مثلاً: 'إن القفز من مكان إلى آخر يمنعك من إتمام رسمك لهذه اللوحة الجميلة'، أو 'إن استكمالك لهذه الواجبات سيكون أمراً رائعاً'. والمهم هنا هو وضوح العبارة والهدف للطفل، وتهيئته لما ينتظر منه، وتشجيعه على القيام والالتزام بذلك.
- ويمكن الانتباه إلى التغذية من خلال إبعادهم عن الحلويات والشوكلاته، والابتعاد عن الصبغيات والكيماويات والابتعاد عن أطعمة تسبب الحساسية مثل العنب والخوخ والفراولة والبرقوق والطماطم والأيس كريم.
- أما إذا فشلت كل هذه الطرق في تحقيق النتيجة المأمولة، فيمكن إعطاء الأطفال بعض الأدوية (بعد موافقة الطبيب على ذلك) والأطعمة الخاصة المناسبة، من أجل حدوث الاسترخاء العضلي لدى هؤلاء الأطفال، وتدريبهم على التنفس العميق وممارسة بعض التدريبات العضلية التي لها تأثير إيجابي.
- العلاج الدوائي: تفيد المنبهات العصبية وعلى عكس المتوقع كثيرا في علاج فرط النشاط الحركي عند الطفل فهي تؤدي إلى هدوء الطفل وزيادة فترة التركيز عنده ولا تعطى هذه الأدوية إلا للأطفال ممن هم في سن المدرسة و أهمها الريتالين والدكسيدرين وهي لا تعطى ولا تصرف إلا تحت إشراف طبيب الأطفال، واهم التأثيرات الجانبية لهذه الأدوية هو الصداع والأرق وقلة الشهية، ويجب أن لا

يكون العلاج دوائيا لوحده، وإنما مع العلاج السلوكي السابق وتعالج حالات نقص الانتباه دون فرط الحركة بنفس الطريقة.

- ويفضل عمل جميع الفحوصات المطلوبة للتأكد من أن هذه الأعراض ليست مظهرًا مصاحبا لمشكلة أخرى، "فقد بينت الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه أو فرط النشاط تترافق مع عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى، والاضطرابات العضوية واستعمال بعض الأدوية"، وهذه الفحوصات تشمل الفحوصات الطبية، واختبار الذكاء، واختبارات صعوبات التعلم؛ وذلك لتحديد إن كان هذا عرض لمشكلة أخرى أم أنه ما يعرف بمتلازمة فرط النشاط وضعف التركيز فقط.

ثالثا: صعوبات التعلم Learning Disabilities

صعوبات التعلم مصطلح عام يصف مجموعة من التلاميذ في الفصل الدراسي العادي يظهرون انخفاضاً في التحصيل الدراسي عن زملائهم العاديين مع أنهم يتمتعون بذكاء عادي فوق المتوسط، إلا أنهم يظهرون صعوبة في بعض العمليات المتصلة بالتعلم: كالفهم، أو التفكير، أو الإدراك، أو الانتباه، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجي، أو النطق، أو إجراء العمليات الحسابية أو في المهارات المتصلة بكل من العمليات السابقة ويستبعد من حالات صعوبات التعلم ذوو الإعاقة العقلية والمضطربون انفعالياً والمصابون بأمراض وعيوب السمع والبصر وذوو الإعاقات المتعددة ذلك حيث أن إعاقتهم قد تكون سبباً مباشراً للصعوبات التي يعانون منها.

تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم(NJCLD, 1994) صعوبات التعلم هي مصطلح عام general term يشير إلى : مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات، والتي تعبر عن نفسها من خلال صعوبات نمائية دالة تؤدي إلى صعوبات في اكتساب واستخدام قدرات الاستماع أو التحدث أو القراءة أو الكتابة أو الاستدلال أو القدرات الرياضية Mathematicalهذه الاضطرابات ذاتية / داخلية المنشأ intrinsic ويفترض أن تكون راجعة إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي، ويمكن أن تحدث خلال حياه الفرد، كما يمكن أن تكون متلازمة مع مشكلات الضبط الذاتي، ومشكلات الإدراك والتفاعل الاجتماعي. هذه المشكلات لا تكوّن أو لا

تنشئ بذاتها صعوبات تعلم، ومع أن صعوبات التعلم يمكن أن تحدث متزامنة مع بعض ظروف الإعاقة الأخرى مثل : قصور حاسى أو تأخر عقلي أو اضطراب انفعالي جوهري -- أو مع مؤثرات خارجية extrinsic مثل فروق ثقافية أو تدريس / تعليم غير كافي أو غير ملائم وصعوبات التعلم - ليست نتيجة لهذه الظروف أو المؤثرات.

أسباب صعوبات التعلم:

تصنف الأسباب إلى خمس فئات عامة وهي:

- الأسباب الجينية: فالدراسات العلمية التي أجريت حول التوائم المتطابقة والأقارب من الدرجة الأولى تقدم بعض الأدلة على أن العوامل الجينية تلعب دوراً سببياً في الصعوبات التعليمية ، مع ملاحظة أن اضطراب التعلم يحدث دائما في بعض الأسر ويكثر انتشاره بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس، فيعتقد أن له أساس جينى - وراثي، فعلى سبيل المثال فان الأطفال الذين يفتقدون بعض المهارات المطلوبة للقراءة مثل سماع الأصوات المميزة والمفصلة للكلمات، من المحتمل أن يكون أحد الآباء يعاني من مشكلة مماثلة، وهناك بعض التفسيرات عن أسباب انتشار صعوبات التعلم في بعض الأسر ، منها: أن صعوبات التعلم تحدث أساسا بسبب المناخ الأسرى ...فعلي سبيل المثال فان الآباء الذين يعانون من اضطراب التعبير اللغوي تكون قدرتهم على التحدث مع أبنائهم أقل أو تكون اللغة التي يستخدمونها مشوهة وغير مفهومة، وفي هذه الحالة فان الطفل يفتقد النموذج الجيد أو الصالح للتعلم واكتساب اللغة ولذلك يبدو وكأنه يعاني من إعاقة التعلم.
- الأسباب البيولوجية: يفترض الباحثون أن التلف الدماغي البسيط يشكل أحد الأسباب الأساسية المحتملة لصعوبات التعلم . إلا أنه لا يتوفر دليل علمي قوي يدعم هذا الافتراض، وبالنسبة للعيوب في نمو مخ الجنين فإن طوال فترة الحمل تجعل مخ الجنين يتطور من خلايا قليلة غير متخصصة تقوم بجميع الأعمال إلى خلايا متخصصة ثم إلى عضو يتكون من بلايين الخلايا المتخصصة المترابطة التي

تسمى الخلايا العصبية وخلال هذا التطور المدهش قد تحدث بعض العيوب والأخطاء التي قد تؤثر على تكوين واتصال هذه الخلايا العصبية ببعضها البعض.

- **الأسباب البيوكيماوية:** لقد شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً بدور المواد الاصطناعية المضافة إلى الطعام ودور اضطرابات عملية التمثيل الغذائي في الصعوبات التعليمية . إضافة إلى ذلك، ثمة اعتقاد لدى بعض الباحثين حالياً أن الصعوبات التعليمية قد تنتج عن ردود فعل تحسسيه لبعض المواد الغذائية أو أنها تنتج عن خلل في وظائف الناقلات العصبية أو في سرعة إيصال السيالات العصبية.
- **أما مشاكل التلوث و البيئة** : يستمر المخ في إنتاج خلايا عصبية جديدة وشبكات عصبية وذلك لمدة عام أو أكثر بعد الولادة، وهذه الخلايا تكون معرضة لبعض التفكك والتمزق أيضا، فقد وجد العلماء أن التلوث البيئي من الممكن أن يؤدي إلى صعوبات التعلم بسبب تأثيره الضار على نمو الخلايا العصبية، وهناك مادة الكانديوم والرصاص وهي من المواد الملوثة للبيئة التي تؤثر على الجهاز العصبي ، وقد أظهرت الدراسات أن الرصاص وهو من المواد الملوثة للبيئة والناتج عن احتراق البنزين والموجود كذلك في مواسير مياه الشرب من الممكن أن يؤدي إلى كثير من صعوبات التعلم.
- **الأسباب البيئية:** إضافة إلى ما سبق، يؤكد بعض الباحثين أن الصعوبات التعليمية ترتبط بعوامل خطر بيئية مثل الإشعاع والتدخين والإنارة الخاصة والكحول والعقاقير. إن الكثير من الأدوية التي تتناولها الأم أثناء فترة الحمل تصل إلى الجنين مباشرة، ولذلك يعتقد العلماء بأن استخدام الأم للسجائر و الكحوليات و بعض العقاقير الأخرى أثناء الحمل قد يكون له تأثير مدمر على الجنين لذلك لكي نتجنب الأضرار المحتملة على الجنين يجب على الأمهات تجنب استخدام السجائر أو الخمور أو أي عقاقير أخرى أثناء فترة الحمل.

وتصنف الصعوبات التعليمية إلى فئتين رئيسيتين هما:

أ) الصعوبات التعليمية الأكاديمية.

ب) الصعوبات التعليمية النمائية.

بالنسبة للصعوبات التعليمية الأكاديمية والتي ترتبط بالأداء في المجالات الأكاديمية مثل الحساب والقراءة والكتابة وغير ذلك فهي تتضح في الصفوف الأساسية الأولى.

أما الصعوبات التعليمية النمائية والتي ترتبط بضعف القدرة على الانتباه أو الإدراك أو حل المشكلات أو اكتساب المفاهيم أو التذكر فهي تظهر في مرحلة ما قبل المدرسة وبناء على ذلك فهي المشكلات المستهدفة في برنامج التدخل المبكر .

أنواع صعوبات التعلم:

في البداية يجب أن نعلم أن ليس كل طفل يعاني من وجود مشاكل دراسية هو طفل يعاني من صعوبات بالتعلم --- فهناك الكثير من الأطفال الذين يعانون من البطء في اكتساب بعض أنواع المهارات ولان النمو الطبيعي للأطفال يختلف من طفل لآخر،فأحيانا يكون ما يبدو أنه إعاقة تعليمية للطفل يظهر فيما بعد على أنه فقط بطء في عملية النمو الطبيعية وهناك عدة أنواع من صعوبات التعلم، قد تكون موجودة بشكل انفرادي أو أكثر من واحدة منها، لها تصنيفات وتقسيمات متعددة، سنوجز بعضها للتوضيح وهي:

- عسر القراءة – دسلكسيا (Dyslexia)
- عسر الكتابة – دسجرافيا (Dysjraprhia)
- عسر الكلام – ديسفيزيا (Dysphasia)
- عسر الحساب – صعوبة إجراء العمليات الحسابية – دسكالكوليا (Dyscalculia)
- خلل في التناسق – دسبراكسيا (Dyspraxia)
- صعوبات التهجئة – ديسوروجرافي(Dysorhography)
- صعوبة التركيز Attention Deficit Disorder
- فرط الحركة وقلة الانتباه Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
- مشكلة العتمة Scotopic Sensitivity Syndrome

صعوبات التعلم النمائيــة تعريفـها: هـؤلاء الأطفـال الذيـن يظـهرون تبـاعدا واضحا بين أدائهـــم العقلي المتوقع كما يقاس باختبار الذكاء وأدائهم الفعلي كمـا يقاس بالاختبارات التحصيلية في مجـال أو أكـثر بالمقارنـــة بأقرانـهم في نفـس العمـر الزمـني والمسـتوى العقلـي والصــف الدراسـي ويسـتثنى مـن هـؤلاء الأطفــال ذوو الإعاقات الحسية سواء كانت سمعيه أو بصريـة أو حركيـه وكذلـك المتـأخرين عقليـا والمضطربين انفعاليا والمحرومين ثقافيا واقتصادياً.

صعوبات التعلم النمائية تتضمن :

أولا: صعوبات الانتباه: اضطرابات الانتباه

الانتباه: الفرد على تركيز حواسه في مثير داخلي) فكرة / إحساس) أو في مثـير خارجي (شـيء، يؤثـر هـذا الاضطـراب بنسبة 20٪ في الأطفـال الذيـن يعـانون مـن اضطرابات التعلم حيث يصبح الأطفال غير قادرين على تركيز انتباههم وينتشر هــذا المرض بنسبة 3٪ بين الأطفال في سن المدرسة الابتدائية وينتشر بين الذكـور أكـثر مـن الإناث بنسبة 3 : 1 وتظهر الأعراض الآتية:

1- **قلة الانتباه** : يعاني هؤلاء الأطفــال مـن كـثرة أحـلام اليقظـة . ويتصـف هـؤلاء الأطفال بأن المدة الزمنية لدرجــة انتباهـهم قصـيرة جـداً، وعندمـا تحـاول جـذب انتباههم فإنهم يفقدون القدرة علـى الاسـتمرار في الـتركيز، ويعـانون مـن سـرعة التشتت الفكري، ولا يسـتطيعون الاسـتمرار في لعبـة معينـه، وعـادة مـا يفقـدون أغراضهم وينسوا أين وضعوا أقلامـهم وكتبـهم. والطفلـة سـوزان كمثـال كـانت تعيش دائما في عالمها الخـــاص، والأطفـال مثـل سـوزان يكـون لديـهم عـدد مـن صعوبات التعلم وإذا كانوا مثلـها فإنـهم يكونـون هـادئين ولا يتسـببون بالمشـاكل وتكون مشاكلهم غير ظاهرة.

2- **زيادة الحركة** : في نسبة كبيرة من الأطفـال الذيـن يعـانون مـن اضطـراب الانتبـاه تكون الحالة مصاحبة بإفراط في النشاط كما في حالة الطفل "ضياء" على سبيل المثال حيث يعاني من اضطراب نقص الانتباه وإفراط الحركة فـهو يعـاني مـن الاندفـاع

حيث يظل يقفز على الأريكة حتى يصل للإجهاد والإنهاك ولا يستطيع الجلوس ساكنا في مكانه

3- الاندفاع: عندما يشارك هؤلاء الأطفال في الألعاب الجماعية فإنهم لا يستطيعون انتظار الدور في اللعب. ولذلك فإنهم يتسببون المشاكل للآباء والمدرسين وزملاء الدراسة لأنهم يحاولون الإجابة على الأسئلة قبل الانتهاء من سماع السؤال ويقاطعون في الكلام، وكذلك بسبب كثرة الحركة والاندفاع ونوبات الانفجار والهياج.

ثانيا: صعوبات الإدراك

- الإدراك هو العملية النفسية التي تسهم في الوصول إلى معاني ودلالات الأشياء والأشخاص والمواقف التي يتعامل معها الفرد عن طريق تنظيم المثيرات الحسية المتعلقة بها وتفسيرها وصياغتها في كليات ذات معنى.

ثالثا: صعوبات التذكر

التذكر هو المشكلة:رد على تنظيم الخبرات المتعلمة وتخزينها ثم استدعائها للاستفادة منها في موقف حياتي أو موقف اختباري.

رابعا: صعوبات تكوين المفهوم

المفهوم هو فكرة عامة نكونها عن شيء أو شخص أو موقف نطلق علية لفظ يدل عليها بعد أن نكتسب اللغة وهذا اللفظ مستمد من لغة الحديث والكتابة العادية أو من الكتب والدوريات والمعاجم العلمية.

خامسا: صعوبات حل المشكلة.

خطوات حل المشكلة: قراءة المشكلة-فهم المشكلة-التخيل والتمثيل البصري للمشكلة-فرض الفروض-وضع خطة للحل-تنفيذ خطة الحل-المراجعة والتأكد من صحة الحل.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV)

أولا: صعوبات التعلم النمائية وتشمل:

- تشمل اضطراب الانتباه.
- اضطراب الذاكرة.
- العجز في العملية الإدراكية (تناسق بصري حركي - تمييز بصري وسمعي واللمسي- علاقات مكانية).
- اضطراب في التفكير.
- اضطراب في اللغة الشفهية.

ثانيا: صعوبات التعلم الأكاديمية وتشمل:

- صعوبات خاصة في القراءة.
- صعوبات خاصة في الكتابة.
- صعوبات خاصة بالتعبير الكتابي.
- صعوبات خاصة بالحساب.

الفصل الخامس

تشخيص المشكلات النفسية (القلق، الاكتئاب)

أولا: القلق وأنواعه

ما القلق؟

إنه الخوف والشعور بالانقباض، وترقّب شر أو مصيبة، ستقع مستقبلاً. وإذا كان الخوف من شيء معلوم، أو أن المصيبة، التي يخشى حدوثها معلومة، (معروفة للشخص)؛ فذلك هو القلق الثانوي. وذلك ينطبق على خوف الطالب من الامتحان، وإحساسه أنه لن يمر على خير، ويرتقب شر نتيجته، إلى درجة، تزعجه، وتخل بتكيفه النفسي.

أما إذا كان الخوف غير معروف السبب، فيسمى القلق الأولي، ونظراً إلى أن السبب مجهول، فإن الشر المرتقب، أو المصيبة المرتقبة، غير معلومة المصدر، أو الوقت أو الكيفية، فلا يعرف الشخص من أين؟ ولا متى؟ ولا كيف ستقع المصيبة؟ لذا، فهو في خوف وترقّب دائم، ولا يغمض له جفن، ولا يستكين له فؤاد، ولا يستقر له جانب، لأن المصيبة قد تقع في أي لحظة. فكل جديد، قد يأتي بالمصيبة، وكل آتٍ قد يحملها معه، وكل طرقة على بابه، يجفل لها، وترتعد فرائصه، وتضطرب ضربات قلبه، إنها المصيبة، قد تكون آتية.

القلق أيضاً: مشاعر تدور حول تهديدات قريبة غير محددة لا يوجد لها أساس واقعي، ويظهر القلق في:

- مظاهر معرفية (أفكار تدور حول شيء مخيف) .
- سلوكية (سلوكيات تجنب للمواقف المثيرة للقلق مثل التحدث أمام الجمهور).

- مظاهر جسمية (ضيق التنفس، زيادة العرق، توتر عضلي، ارتفاع ضغط الدم، عسر الهضم).

هل يعد كل القلق سلوك مشكل؟

عندما تواعد شخصاً ما مكاناً ما، بعيداً عن بيتك، أو عن المكان الذي توجد فيه، فإنك تشعر، عند اقتراب الموعد، ببعض القلق، يدفعك إلى سرعة ارتداء ملابسك، والخروج إلى الموعد. وإذا كان الطريق معطلاً، لاختناق المرور فيه، فإنك تنظر إلى ساعتك في قلق، خوفاً على الموعد الذي قطعته على نفسك. وقد يربكك ذلك، فتصدم بسيارتك الآخرين أو سياراتهم (إذا كنت تقود سيارتك)، أو تحتك بمن يقف إلى جوارك في الحافلة، أو بمن يعترض طريقك أثناء نزولك منها. وإذا كنت طالباً، فأنت على موعد مع الامتحان، الشهري أو السنوي، وتحسب لهذا الامتحان الحساب بالأشهر والأيام، والذي لا يلبث أن يتناقص إلى ساعات، وكلما اقترب الموعد ازداد القلق. وكلما كان إنجازك العملي ضئيلاً، كان القلق أكثر.

القلق، إذاً، باعث لك على أن تتحرك للوصول إلى المكان المحدد، في الموعد المحدد. وهو كذلك باعث لك على الإنجاز الدراسي والتحصيل، كاستعداد للامتحان، إذا كنت طالباً. أضف أنه باعث للزوجة على تدّبر شؤونها المنزلية، قبل عودة زوجها، أو حضور ضيوفها. زد أنه باعث للموظف والموظفة أن يسرع الخطى، لبلوغ عمله في الموعد المحدد. واستطرادا فالقلق هو باعث للحياة ومحرك لها. ونقيضه الاسترخاء التام؛ بل السكون.

من هذا المنطلق، يعد القلق شيئاً صحياً، يدفع نحو الأهداف. ولكنه ككل شيء، حين يزيد على حدِه، فإنه ينقلب إلى ضده. وبعد أن كان باعثاً، محركاً، أصبح مربكاً معطلاً، بل مزعجاً.

المخاوف المدرسية:

يمثل خوف الأطفال من المدرسة إحدى المشكلات التي تشكل مصدراً من مصادر الضيق للأسرة، وعادة ما يأخذ هذا الخوف شكل التعبير عن الانزعاج الشديد

والرعب، والبكاء، أو المغص المعوي، والتمارض في صباح اليوم الدراسي، والتوسل بالبقاء في المنزل وعدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة، وفي الغالب فإن مثل هذا الخوف يعتبر أمرا طبيعياً لان الطفل سوف ينتقل إلى بيئة اجتماعية جديدة بالنسبة له، ويحدث الخوف عند كثيرٍ من الأطفال ولكن الشيء غير الطبيعي هو استمرار هذا الخوف وتحوله إلى دافع لعدم ذهاب الطفل إلى المدرسة، ولمواجهه هذا الخوف، والتخفيف منه.

الخوف المحدد:

أولا: مخاوف الطفل حسب العمر الزمني

سنتان: مخاوف متعددة منها :

* مخاوف سمعية مثل الخوف من: القاطرات، الرعد، الناقلات الضخمة، المكانس الكهربائية، الأصوات المرتفعة.
* مخاوف بصرية: الألوان القاتمة، المجسمات الضخمة.
* للمنزل.انية: لعب أو عرائس متحركة، الانتقال لبيت جديد
* مخاوف شخصية: انفصال عن الأم وقت النوم، خروج الأم أو مغادرتها المنزل، المطر والرياح.
* مخاوف مرتبطة بالحيوانات: خاصة الحيوانات المتوحشة.

سنتان ونصف:

* مخاوف مكانية: الخوف من الحركة أو الخوف من تحريك بعض الأشياء.
* مخاوف من الأحجام الضخمة: وخاصة الناقلات.

ثلاثة سنوات:

* مخاوف بصرية: الخوف من المسنين، الأقنعة، الظلام، الحيوانات، رجال الشرطة، اللصوص. مغادرة الأم أو الأب المنزل خاصة أثناء الليل.

أربعة سنوات:

* مخاوف سمعية: مثل الخوف من الماكينات، الظلام، الحيوانات البرية، مغادرة الأم المنزل خاصة في الليل.

خمسة سنوات:

فترة خالية نسبياً من المخاوف، لكن المخاوف إن وجدت تكون ملموسة وواقعية كالخوف من الإيذاء والأشرار والاختطاف، والكلاب، والخوف من عدم عودة الأم أو الأب للمنزل.

ستة سنوات:

*مخاوف سمعية: مثل جرس الباب، الهاتف، الأصوات المخيفة، أصوات الحشرات وبعض أصوات الطيور.

*مخاوف خرافية: مثل الأشباح والعفاريت، الخوف من اختباء أحد في المنزل أو تحت السرير.

* مخاوف مكانية: الخوف من الضياع أو الفقدان، الخوف من الغابات والأماكن الموحشة.

*الخوف من بعض العناصر الطبيعية: الخوف من النار، الماء، الرعد، البرق، الخوف من النوم المنفرد، الخوف من البقاء في المنزل أو في حجرة، الخوف من ألا يجد الأم بعد العودة لمنزله أو أن يحدث لها أذى.

*الخوف من أن يعتدي عليه أحد بالضرب، الخوف من الجروح والدم، الخوف من خوض خبرة جديدة بمفرده، الخوف من المدرسة كبيئة جديدة.

سبع سنوات:

* مخاوف بصرية: مثل الخوف من الظلام، الممرات الضيقة، الأقبية، تفسير الظل على أنه أشباح أو كائنات مخيفة.

* الخوف من الحروب والدمار، الخوف من الجواسيس واللصوص، أو اختباء أحد في المنزل أو تحت السرير أو نحو ذلك.

* مشكلات لا تصل لدرجة الخوف ولكنها مرتبطة بالنمو كالخوف من أن يصل متأخراً إلى المدرسة أو أن يتأخر عن موعد الحافلة، أو أن ييوم دراسيخرين أو أن يهمل من الآخرين.

من 8 الي9 سنوات:

تتضاءل عموما المخاوف في هـذه الفـترة، فتختفـي المخـاوف مـن المـاء، وتقـل المخاوف من الظلام بشكل ملحوظ.

عشرة سنوات:

تظهر مخاوف جديدة منتشرة بـين أطفـال هـذه المرحلـة، بـالرغم مـن أن نسـبة المخاوف تقل بشكل عام عما كانت عليه في الأعوام السابقة، وعمـا سـتكون عليـه في الأعمار اللاحقة (12سنة)، ومن أكبر مخاوف هذه الفترة الخوف من الحيوانات، خاصة الحيوانات المتوحشة والثعابين، الخوف من الظلام (ولكن بنسـبة اقـل بـين الطـلاب)، الخوف من النار والمجرمين والقتلة واللصوص.

ثانياً: الإجراءات الإرشادية

أ) تكوين علاقة مع المرشد، للتعرف على المشكلة بشكل مبكر قبل استفحالها .

ب) تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية، فمثلاً لا تلمس جبهة الطفـل لتفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم دراسـي، ويتـم هذا بالطبع إذا كنا متأكدين من سلامة حالته الصحيـة وإلا فعلينـا التـأكد مـن ذلك مبكراً أو بشكل خفي.

ج) تشجيع الأبوين من قبل المدرسة على ضرورة حث الطفل علـى الذهـاب إلى المدرسة مع التوضيما يليـأن مخـاوف طفلـهما سـتختفي تدريجيـاً، مـع بيـان أن استمرار غياب الطفل عن المدرسة سيؤدي إلى تفاقم مخاوفه، وليس العكس.

د) من الواجبات المناط بالوالدين تنفيذها تدريب الطفل على التخلص من خوفـه من المدرسة، ما يلي:

- زيارة المدرسة معخائف أوبل بدء العام الدراسي عدة مـرات حتـى يتعـود الطفـل على مشاهدة المعلمين ومرافق المدرسة.
- تجنب مناقشة الطفل في أي موضوع يتعلق بخوفه من المدرسة وخاصة خلال عطلـة نهاية الأسبوع التي تسبق الذهاب إلى المدرسة ، فلا شيء يثير خوف الطفـل أكـثر

من الكلام عن موضوع الخوف، لأن الحديث عنه أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها، ولا نناقش أعراض خوفه أيضا، ولا نستخدم أسئلة مثل: هل تشعر بالخوف لأنك ستذهب إلى المدرسة غداً ؟ هل أنت مضطرب أو خائف أو هل تشعر أن قلبك يخفق لأنك ستذهب إلى المدرسة غداً؟

- أخبر الطفل بكل بساطة في نهاية عطلة الأسبوع، وبالذات في الليلة التي تسبق صباح الذهاب إلى المدرسة بدون انفعال وكأمر واقعي بأنه سيذهب إلى المدرسة غداً.
- أيقظ الطفل في صباح اليوم التالي، وساعده على ارتداء ملابسه، وزوده ببعض الأطعمة الجذابة على ألا تكون من النوع الدسم الذي قد يؤدي إلى الشعور بالغثيان فيما بعد (لاحظ أن الغثيان من أعراض القلق، وأن إثارته بشكل قصدي أو غير قصدي قد يؤدي إلى إثارة القلق وزيادة حدته) .
- خلال فترة الإعداد هذه تجنب أي أسئلة عن مشاعره، ولا تثر أي موضوعات خاصة بخوفه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته (لا تسأل مثلا إن كان يشعر بالهدوء) كل المطلوب أن تأخذه إلى المدرسة، (فقد تكون ردة فعله سلبية فيتمسك بك، فلا تحاول أن تستجيب له خصوصاً عندما تكون متأكدا من أن ابنك لا يعاني من أي مرض) وسلمه للمرشد أو لأحد المدرسين المعنيين بالاستقبال واترك المكان.
- عليك عند عودته من المدرسة أن تمتدح سلوكه، وأن تثني على نجاحه في الذهاب إلي المدرسة، مهما كانت مقاومته أو سخطه أو مخاوفه السابقة (مثل العناد أو الصراخ أو رفض الذهاب إلى المدرسة)، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب إلى المدرسة أو خلال اليوم كالتقيؤ أو الإسهال.
- ابلغه أن غداً سيكون أسهل عليه من اليوم، ولا تدخل في مناقشات أكثر من ذلك، وكرر هذه العبارة (إن غداً سيكون أسهل من اليوم) حتى وإن بدا الطفل غير مستعد لذلك.

- كرر في صباح اليوم التالي نفس ما حدث في اليوم السابق، وكرر بعد عودته من المدرسة السلوك نفسه بما في ذلك عدم التعليق على مخاوفه، مع امتداح سلوكه ونجاحه في الذهاب إلى المدرسة.
- عادة ستختفي الأعراض في اليوم الثالث، ولمزيد من التدعيم يمكن أن تهديه في اليوم الثالث شيئاً جذابا، أو يمكن تنفيذ جلسة أسرية بسيطة احتفالا بتغلبه على المشكلة ودخوله المدرسة.
- استمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان أو المعاملة غير التربوية داخل المدرسة.
- عندما يستمر هذا الخوف بعد الأسبوع الأول، ويؤدي إلى إحجام الطالب عن الذهاب إلى المدرسة يمكن أن تستعين بمركز التوجيه والإرشاد.

الهلع كأحد أنواع القلق

1. الهلع: كارثة سوف تحدث ترافق إحساس بخفقان في القلب وضيق بالصدر، وهي غير متوقعة، وليست ناتجة عن موقف يكون به الشخص بؤرة الاهتمام، ويمكن أن تحدث أثناء النوم.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV)

أ- في وقت ما أثناء الاضطراب واحدة أو أكثر من نوبات الهلع حدثت وكانت غير متوقعة وليست ناتجة عن موقف كان فيه الشخص بدائرة اهتمام الآخرين.

ب- يشترط أن تكون أربعة نوبات بالمواصفات السابقة في أ خلال فترة أربعة أسابيع أو واحدة أو أكثر من النوبات تبعتها مدة شهر على الأقل من الخوف من حدوث نوبة أخرى .

ج- يجب أن تشمل كل نوبة على الأقل أربعة من الأعراض التالية:

1) شعور بالاختناق

2) شعور بالدوخة أو الإغماء

3) سرعة ضربات القلب

4)الارتجاف أو الرعشة

5)العرق

6)الاختناق

7) الغثيان

8)اختلال إدراك الشخصية

9)الخدر أو التنميل

10) سخونة الجسم

11) ألم في الصدر

12)الخوف من الموت

13) الخوف من أن يصبح مجنونا

د - الاضطراب ليس بسبب تأثيرات فسيولوجية لحالة مرضية أو لتعاطي مواد ولا يعتبر ضمن أعراض مرض نفيس آخر كالرهاب الاجتماعي.

الرهاب أو الخوف المحدد كأحد أنواع القلق

الرهاب: حالة خوف غير منطقي من شيء أو نشاط ما أو موقف معين ينتج عنه تجنب هذا الشيء أو النشاط أو الشخصية.وقد يكون رهاب الخلاء حيث يخاف الشخص من التواجد في أماكن يصعب الهروب منها ، الخوف الاجتماعي يخاف أن يأكل أو يتحدث أو حتى يتبول في مكان عام، رهاب محدد حيث يخاف من مواضيع محددة مثل الخوف من الإبر، الحيوانات، الدم.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية(DSM-IV)

1) لدى المريض خبرات خوف قوية ومستمرة تبرز من خلال مؤشرات لموضوعات أو لمواقف محددة.

2) المواقف المثيرة للخوف تثير استجابات القلق بشكل فوري أي لا يظهر أعراض نوبة الهلع.

3) الخوف غير معقول والمريض يدرك ذلك.

4) يتجنب المريض الموضوعات المثيرة أو يتحمل ذلك من خلال ضغوط حادة

5)المريض الأقل من 18 سنة يجب أن تظهر عليه الأعراض لمدة 6 شهور فأكثر.

6)هنالك مؤشرات ضغط حول هذه المخاوف وتتداخل هذه الإشارات مع وظائفه اليومية الاجتماعية المهنية والشخصية .

7) لا يمكن تفسير هذه الأعراض ضمن اضطرابات القلق الأخرى.

أمثلة على مخاوف محددة مثل: الخوف من الفأر، المرض، الغرباء، العناكب، الألم، الطائرات، الرعد، القطط، الظلام، التلوث بالجراثيم، الدم.

وقد يحدث القلق بسبب:

1- أشار وولبي أن: الخوف مرآة تعكس أنشطة الجهاز العصبي اللاإرادي ومن خلال سيطرة المثير على الجهاز العصبي اللاإرادي يعكس تاريخ من الاشراط أو التعرض لمعلومات خاطئة.

2- العلاج المعرفي: يستند إلى افتراض بان المشكلة الأأما الأفعالوف غير التكيفي هو تفكير خاطئ.

3- اتجاه التعلم الاجتماعي: ويؤكد على دور التفكير الخاطئ في سلوك الخوف من خلال التوقعات غير الملائمة والعلاج يعمل على تحسين توقعات الكفاءة الذاتية.

4- اتجاه العلاج المكتسب: ويظهر من خلال العلاج السلوكي وهو ينطلق من أن احتمالية تأثير المشكلة السلوكية على التطور النفسي للفرد.

الاتجاه السائد في العلاج هو: تعريض الفرد إلى مؤشرات الخوف الواقعية حتى يخمد الخوف.

الوساوس والأفعال القهرية كأحد أنواع القلق

الوساوس والأفعال القهرية: الوساوس معتقدات وأفكار، أما الأفعال القهرية فهي أعمال يقوم بها بشكل متكرر، من مظاهر الوساوس: الأوساخ والشك، ومن أمثلة الأفعال القهرية غسل اليدين.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV)

1)أفكار مستحوذة، دافعة وصور غير مناسبة تسبب القلق.

2)هذه الأفكار ليست فقط خشية مبالغ فيها حول مشكلة اعتيادية.

3)الفرد يحاول تجاهل هذه الأفكار من خلال التفكير أو السلوك.

4)الفرد يعلم أن هذه الأفكار ناتجة من عقله فقط.

أعراض الأفعال القهرية

1) يشعر المريض بحاجة أن يعيد الأعمال.

2) تحدث نتيجة استجابة لوساوس أو تطبيق قواعد صارمة.

3) الهدف منها هو خفض الضغط أو منع شيء مفزع.

4) لا ترتبط بواقعية الأحداث.

* خلال مرحلة المرض يعرف الفرد أن الوساوس والأفعال غير معقولة.

* إذا حدثت الوساوس والأفعال معا يجب أن تحدث واحدة من:

1) تسبب ضغط شديد .

2) تأخذ وقت طويل.

3) تتداخل مع الروتين اليومي أو الأنشطة الاجتماعية.

4) الأعراض غير ناتجة عن حالات جينية أو تعاطي مواد.

تضمن العلاج استجابات التجنب وتقوم على أساس عرض المثيرات المرضية أي الوساوس لفترة طويلة من الزمن ومنعه من التجنب أي الهروب وهذا يعني انه

عندما يتعرض لفترة طويلة ومتتابعة فإن الراحة سوف تقل مما يعني أن طقوس التعويض سوف لن تكون ضرورية لان الشخص سوف يشعر أن مجال طقوسه قد انتهك ،وطبقا لهذا النموذج فان الكشف المطول ومنع الاستجابة تعملان على تغيير اتجاهات المرضى ومعتقداتهم ومخططهم حول العالم بصفته مكان خطير.

قلق ما بعد الصدمة كأحد أنواع القلق

القلق ما بعد الصدمة: أعراض خاصة تحدث بعد صدمة معينة وهذه الصدمة أشد من أن تستوعبها خبرة الإنسان وتجعل الشخص منعزل وحذر مع فقدان الشعور بالألفة، وتجعل الشخص يجفل لأتفه الأسباب ويشعر بالذنب وينعزل عن الآخرين.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV)

1- الأحداث تشمل أعمال أو تهديد بالموت أو إصابة جسدية للمريض ويشعر المريض بالخوف الشديد والتهديد والشعور بالعجز.

2- أن يعيد المريض الأحداث بشكل متكرر بأحد الطرق التالية:

أ- أفكار اقتحامية وتذكر للأحداث (صور).

ب-أحلام متكررة للأحداث أو يرمز لها .

ج-استرجاع المشهد بهلاوس أو أوهام أو الشعور بأن الحدث لا يزال يحدث .

د-ظهور إشارات توتر كرد فعل للإشارات الداخلية والخارجية ترمز إلى جزء من الحدث .

هـ- ردود فعل فسيولوجية استجابة لمؤشرات الصدمة .

3- يتجنب المريض بشكل مكرر المثيرات المرتبطة بالموقف ويشعر بالخدر ويظهر ثلاث أو أكثر من المواقف التالية:

1) تجنب المعالم المميزة للحدث.

2) شعور المريض بالعزلة عن الآخرين.

3) قلة الاهتمام بالأنشطة.

4) الحد من القدرة على الحب .

5) يشعر أن الحياة لا يمكن أن تنجز .

*هذه الأعراض تظهر أكثر من شهر .

المخاوف الاجتماعية كأحد أنواع القلق

المخاوف الاجتماعية: يظهر لدى المريض خوفا شديدا أن يكون موضع الاهتمام بالمواقف الاجتماعية والعامة.

* يشعر هذا الشخص بالاختناق عندما يأكل بالأماكن العامة.

* تبدأ بفترة المراهقة.

* يترتب عليه أثار اجتماعية اقتصادية مثل الانسحاب من المدرسة الإدمان على مشروبات روحية التفكير بالانتحار تجنب الزواج والعمل.

* تختلف عن الحياء بأنها مستمرة أثناء القيام بالعمل أو ممارسة الأنشطة

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV)

1) المريض يخاف بشكل متكرر وقوي من واحدة من الأنشطة الاجتماعية والتي تتطلب مقابلة الغرباء أو مراقبة الفرد من الآخرين.

2) المثير المخيف عادة يسبب القلق الحاد ويجعل الفرد ميالا لنوبات الهلع.

3) المريض يعي بأن خوفه غير معقول .

4) يتجنب المريض المواقف أو يكون فيها مع وجود قلق حاد.

5) الأفراد تحت سن 18 سنة يجب أن تظهر عليهم الأعراض لمدة ستة شهور أو أكثر.

6) لا تعتبر ضمن الاضطرابات النفسية المختلفة.

7) لا تحدث نتيجة لحالات طبية أو استخدام مخدرات.

8) إذا كان لدى المريض اضطراب عقلي آخر أو حالات طبية فان المخاوف الاجتماعية تكون غير مرتبطة بها.

* تبدأ في الطفولة المبكرة والمراهقة المتأخرة .

* أماكن يكون فيها موضع اهتمام: مطعم، مدرسة، حفلة، دورة مياه.

وتؤدي هذه المخاوف إلى الشعور بالقلق وعدم الارتياح في المواقف التي تتضمن مواجهة مجموعة من الناس، كما تؤدي هذا القلق إلى الصمت أو الانسحاب من مواقف التفاعل الاجتماعي، ويشعر الفرد بالحساسية بالذات وبالكف والتعاسة والانشغال بالذات وبالانطباعات التي يكونها الآخرون عن الفرد، كما يشعر هؤلاء بالانطواء والابتعاد عن ملاقاة عيون الآخرين.

بينما يختلف ذلك عن الحياء: فالحياء هو التزام الفرد بمنهاج الفضيلة والآداب العامة. فليس من الخجل في شيء أن يتعود الطفل منذ نشأته على الاستحياء من اقتراف المنكر، أو أن يتعود على توقير الكبير، وليس من الخجل في شيء أن يتعود منذ صغره على تنزيه اللسان بأن يخوض في أحد أو يكذب، وهذا المعنى من الحياء.

الطفل الخجول في المقابل هو طفل مسكين وبائس يعاني من عدم القدرة على الأخذ والعطاء مع أقرانه في المدرسة والمجتمع، وبذلك يشعر بالمقارنة مع غيره من الأطفال بالضعف. ويحمل في طياته نوعا من ذم سلوكه؛ لأن الخجل بحد ذاته هو حالة عاطفية أو انفعالية معقدة تنطوي على شعور بالنقص والعيب، هذه الحالة لا تبعث الارتياح والاطمئنان في النفس. والطفل الخجل: غالبا ما يتعرض لمتاعب كثيرة عند دخوله المدرسة تبدأ بالتأتأة وتردده في طرح الأسئلة داخل الفصل، وإقامة حوار من زملائه والمدرسين، وغالبا ما يعيش منعزلاً ومنزويا بعيدًا عن رفاقه وألعابهم وتجاربهم.

والطفل الخجول يشعر دومًا بالنقص، ويتسم سلوكه بالجمود والخمول في وسطه المدرسي والبيئي عموما، وبذلك ينمو محدود الخبرات غير قادر على التكيف السوي مع نفسه أو مع الآخرين، واعتلال صحته النفسية. والطفل الخجول قد يبدو أنانيا في معظم تصرفاته؛ لأنه يسعى إلى فرض رغباته على من يعيشون معه وحوله،

كما يبدو خجولاً حساسا وعصبيا ومتمردا لجذب الانتباه إليه، والطفل المصاب بالخجل يدق قلبه في أثناء النوم بسرعة أكبر من مثيله، ويخيفه كل جديد، ويدير وجهه أو يغمض عينيه، أو يغطي وجهه بكفيه إذا تحدق شخص غريب إليه.

أسباب الخجل : الخجل عند الأطفال له أسباب كثيرة أهمها :

1- **الوارثة**: حيث تلعب الوارثة دورًا كبيرًا في شدة الخجل عند الأطفال، فالجينات الوراثية لها تأثير كبير على خجل الطفل من عدمه، فالخجل يولد مع الطفل منذ ولادته، وهذا ما أكدته التجارب لأن الجينات تنقل الصفات الوراثية من الوالدين إلى الجنين، والطفل الخجول غالبا ما يكون له أب يتمتع بصفة الخجل، وإن لم يكن الأب كذلك فقد يكون أحد أقارب الأب كالجد أو العم.

2- **مخاوف الأم الزائدة**: أيّ أم تحب طفلها باعتباره أثمن ما لديها؛ لذا تشعر الأم بأن عليها أن تحميه من أي أذى أو ضرر قد يصيبه، ولكن الحماية الزائدة على الحد تجعلها تشعر بأن طفلها سيتعرض للأذى في كل لحظة، ومن دون قصد تملأ نفس الطفل بأن هناك مئات من الأشياء غير المرئية في المجتمع تشكل خطرًا عليه، ومن ثم يشعر الطفل بالخوف، ويرى أن المكان الوحيد الذي يمكن أن يشعر فيه بالأمان والاطمئنان، وهو إلى جوار أمه، ومثل هذا الطفل يشعر بالخوف دائمًا ولا يستطيع أن يعبر الطريق وحده، أو يستمتع بالجري أو اللعب أو السباحة في البحر؛ لأنه يتوقع في كل لحظة أن يصاب بأذى، ويظل منطويا خجولا بعيدا عن محاولة فعل أي شيء خوفا من إصابته بأي أذى.

3- **مركب النقص وخجل الأطفال**: يعاني بعض الأطفال من مشاعر النقص نتيجة نواقص جسمية أو عاهات بارزة، وهذه النواقص والعاهات تساعد على أن ينشأ هؤلاء الأطفال خجولين وميالين للعزلة، ومن هذه النواقص والعاهات البارزة ضعف البصر، وشلل الأطفال، وضعف السمع، واللجلجة في الكلام، أو السمنة المفرطة، أو قصر القامة المفرط...إلخ، وقد يعاني بعض الأطفال من الخجل نتيجة مشاعر النقص الناتجة عن أسباب مادية، كأن تكون ملابسه رثة وقذرة لفقره، أو

ضعف جسمه الناتج عن سوء التغذية، أو قلة مصروفه اليومـي، أو نقـص أدواتـه المدرسية وكتبه.

4- **التدليل المفرط من جانب الوالدين للطفل**: فالتدليل المفرط مـن جـانب الوالديـن لطفلهما يعد من أهم أسباب خجل الطفــل الشـديد، ومـن مظـاهر هـذا التدليـل المفرط عدم سماح الأم لطفلها بأن يقوم بالأعمال التي أصبح قادرًا عليـها اعتقـادًا منها أن هذه المعاملة من قبيل الشفقة والرحمة للطفل، ومن مظاهر التدليـل المفـرط عدم محاسبة الأم لولدها حينما يفسد أثاث المـنزل، أو عندمـا يتسـلق المنضـدة، أو عندما يسود الجدار بقلمه.

وتزداد مظاهر التدليـل المفـرط في نفـس الأبويـن عندمـا يرزقـان بـالطفل بعـد سنوات كثيرة، أو أن تكون الأم قد أنجبت الطفل بعـد إجـهاض مسـتمر، أو أن يـأتي الطفل بعد إنجاب الأم لعدة إناث، فالمعاملة المتميزة والدلال المفرط للطفل من جـانب والديه إذا لم يقابلها نفس المعاملة خارج المنزل سواء في الشارع أو الحي، أو النادي، أو المدرسة غالبـا ما تؤدي لشعور الطفــل بـالخجل الشـديد، خاصـة إذا قوبلـت رغباتـه بالصد، وإذا عوقب على تصرفاته بالتأنيب والعقاب والتوبيخ.

5- **ومن الأسباب الأخرى**: الحماية الزائدة، عدم الاهتمام والعناية، النقـد، التعـرض للسخرية، عدم الثبات (الحزم والتساهل) التـهديد بالعقـاب دون التنفيـذ، تسـمية الذات كخجول، نموذج الوالدين، المزاج.

للوقاية من حدوث المخاوف الاجتماعية:

- شجع النشاطات الاجتماعية وكافئها.
- ابتسم للطفل.
- شجع الثقة بالذات .
- شجع التصرف الطبيعي.
- شجع تطوير المهارات والشعور بالكفاءة.
- زود الطفل بجو من التقبل والدفء.

- اسمح للطفل بأن يقول لا واجعله يعيش خبرة الاهتمام الإيجابي غير المشروط.
- ولعلاج المخاوف الاجتماعية:
- كافئ وعلم المهارات الاجتماعية.
- علم التعليمات كالمبادرة بالتحية والتعزيز الاجتماعي وتمثيل الدور والنمذجة والوظائف البيتية.
- قلل الحساسية من الخجل بمساعدة رفيق او بالعلب.
- شجع الجرأة وقول لا.
- أشرك الطفل في مجموعات اللعب.
- علم التحدث مع الذات الإيجابي.

قلق الانفصال لدى الأطفال كأحد أنواع القلق

يتميز بالقلق من الغرباء، وقلق الانفصال عن الأم، والخوف من الأماكن الغريبة عنه وهو مستمر بعد الثالثة ويستمر لمدة أربعة أسابيع على الأقل.

الظاهرة الأساسية لاضطراب قلق الانفصال هي قلق شديد جدا يعجل به الانفصال عن الوالدين أو البيت أو أي أشياء أخرى تحيط بالطفل ومألوفة له والحزن أعظم مما هو متوقع من المستوى النمائي للطفل ويظهر عند التفكير في السفر أو خلال رحلة بعيدة عن البيت ويظهر مشاكل في الطعام والأنين والصعوبة في النوم.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV) المعايير التشخيصية لاضطراب قلق الانفصال :

أ- النمو غير متناسب وقلق متزايد متصل بالانفصال عن المنزل أو من يتعلق بهم الطفل وهو واضح في ثلاثة أو أكثر من :

1- الألم المتكرر الشديد عند توقع الانفصال عن البيت.

2- قلق دائم ومتكرر لفقدان شخص عزيز أو توقع حدوث كارثة.

3- رفض الذهاب للمدرسة بسبب الخوف من الانفصال.

4- قلق متزايد بأن حدثا مكروها سيؤدي إلى الانفصال عن شخص عزيز.

5- الخوف من الوحدة بأسلوب متزايد.

6- رفض الذهاب إلى النوم.

7- الكوابيس المزعجة المتكررة.

8- شكوى متكررة من الأعراض البدنية كالصداع أو الم المعدة .

أ- مدة الاضطراب 4 أسابيع على الأقل.

ب- سن الإصابة قبل بلوغ الثامنة عشرة من العمر.

ت- يسبب الاضطراب حزن بالغ وضعف في العلاقات الاجتماعية والأكاديمية.

هذا الاضطراب لا يحدث بصورة منفردة أثناء حدوث اضطراب النمو السائد أو مرض الفصام أو أي اضطراب عصابي آخر.

أسبابه:

العوامل النفسية والاجتماعية ومنها:

أ- عدم النضج الانفعالي.

ب- الخصائص المزاجية ومنها الخجل والهروب من المواقف غير المألوفة.

ت- درجة الارتباط بآلام فالأمهات المصابات بالقلق يلاحظ أنهن يظهرن تعلقا غير مأمون العواقب بأطفالهن.

ث- ضغوط الحياة الخارجية مثل موت أحد الوالدين أو مرض الطفل.

ج- الاعتماد الشديد للطفل على الأم.

ح- مروره بخبرات انفصال ارتبطت بالمخاوف مثل الخوف من الهلاك والخوف من فقدان آلام والخوف من النزاعات الأسرية.

2- **عوامل التعلم**: وذلك عن طريق النمذجة المباشرة وهنا الأب يكون يخاف من المواقف الجديدة ويخشى الانفصال عن البيت.

3- العوامل السيكو فسيولوجية أي العلاقة بين العوامل العصبية الفسيولوجية وقلق الانفصال والكبت السلوكي المتمثل في الخجل الشديد.

4- العوامل الوراثية.

أسباب القلق بشكل عام:

أولا: وجهة نظر السلوكية

1) الاشراط الكلاسيكي: القلق مكتسب من خلال التعلم والاشراطات.

2) القلق يولد السلوك الهروبي أو التجنبي.

3) ايزنك: استجابة القلق تحدث بسبب أحداث صادمة تشتمل على رد فعل عصبي لا إرادي، ويرى أن القلق يستمر من خلال ردود الفعل المرتبطة بالقلق والني تأخذ خصائص الدافعية من محاولة خفض التوتر المتمثل بالهرب والتجنب.

4) وولبي: رأى أن القلق يستمر من خلال التعزيز عند خفض مستوى القلق بتجنبه لفترة ما والشعور بالراحة، ويستند ذلك على مبدأ الكف المتبادل.

ثانيا: وجهة نظر المعرفية

1) تستنبط الأحداث المتلاحقة الاتجاه نحو الخوف.

2) يتيقظ الفرد بحذر للمخاوف ويرصد المثيرات الخارجية والداخلية للخطر.

3) يضخم الفرد شدة النتائج غير السارة.

4) بيك: الانفعال هو خبرة ناتجة بالطريقة الني يفسر بها الحدث .

*أي أن الحدث نفسه يثير عواطف وانفعالات مختلفة لدى الأفراد المختلفين لأن الشخص يفسره بشكل محدد .

ثالثا: وجهة نظر التحليلية

1) يحدث القلق بسبب التغيير الذي يطرأ على الهياج الناجم عن الاندفاعات الجنسية.

2) ربط فرويد القلق بمرحلة الطفولة.

3) ويرى القلق ناتجا عن الممارسات الجنسية والشعور بالذنب حيال الدفاعات الجنسية.

4) وقد قسم فرويد القلق إلى نوعين مميزين:

أ- قلق موضوعي (خطر، حقيقي)

ب- قلق عصابي (يحس به الشخص أمام خطر داخل وله شكلان إما خطر ناتج عن رغبة لا واعية يدركها الأنا وكأنها بمثابة له ومحذورات يفرضها الأنا الأعلى وعلى الهو مجابهتها بدلا من الأنا).

5) وظيفة القلق عند فرويد إطلاق دفاعات لحماية وحدة الأنا كالكبت.

علاج القلق:

أولا: العلاج النفسي الفردي ويتضمن أسلوبين:

أ- العلاج النفسي الدينامي للطفل وهنا يتم تقوية الانا لتحمل مواقف القلق في جلسات نفسية مرتين أو ثلاثة أسبوعيا.

ب- العلاج المعرفي السلوكي: ومنه التدريب على الاسترخاء والعلاج بالتعريض لمواقف انفصالية وكذلك يتم استخدام التصريحات التي يقوم بها شخص وتهدف إلى زيادة الإحساس بالاعتماد على النفس وكذلك يتم استخدام تقليل الحساسية التدريجي باصطحاب الطفل إلى المدرسة أول يوم عدة دقائق وتزداد تدريجيا.

ثانيا: العلاج الأسرى من اجل أن يقوم الأهل بتقديم التشجيع المتواصل للإرادة ومن خلال تشجيع التعبير عن المخاوف والصراعات.

ثالثا: العلاج البيئي وتشمل الخطة العلاجية عند التعامل مع القلق كل من: البيت والمدرسة والشارع لأن الكل يسهم في المشكلة والعلاج.

رابعا: العلاج السيكوفارماكولوجي وهو من 5ج بالأدوية والعقاقير التي تقلل من الخوف والهلع.

ثانيا: تشخيص الاكتئاب

الاكتئاب هو حالة من التبلد الانفعالي وفقد الطاقة الجسمية يبدو فيها المكتئب حزينا مثبطا خائر العزائم لا يستطع أداء عمل يحتاج فترة زمنية طويلة يتكلم ببطيء وبشكل متقطع ولا يجيب عن الأسئلة إلا بصعوبة وهو كثير الزفرات والأنات يبكي ويتأوه لتركيز انتباهه في أفكاره التشاؤمية وحياته قلق وعذاب وهذا يسمى الاكتئاب الرئيسي.

سرعة الاستثارة في حالة الأطفال والمراهقين، الاكتئاب الوجداني أو فقد الاستمتاع في الأنشطة بالإضافة إلى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين وتمثل تغيرا في الأداء الوظيفي وهي ثابتة اغلب ساعات اليوم.

أ- وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض خلال نفس المدة التي لا تقل عن أسبوعين على أن تكون من بينهم واحد على الأقل من اكتئاب الوجدان أو فقد الاهتمام.

1) اكتئاب الوجدان اغلب اليوم.

2) نقص ملحوظ في الاهتمام والاستمتاع.

3) فقد هام للوزن أو زيادة الوزن أكثر من 5 ٪ خلال شهر.

4) الأرق أو زيادة النوم.

5) الفوران النفسي الحركي أو التلبد كل يوم.

6) الإجهاد أو فقد الطاقة كل يوم .

7) مشاعر عدم القيمة أو الشعور بالذنب.

8) نقص القدرة على التفكير أو التركيز.

9) تكرار فكرة الموت أو الانتحار .

ب) الأعراض لا تتفق مع مواصفات النوبات المختلطة.

ج) الأعراض تسبب خللا في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي.

د) الأعراض لا ترجع إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة.

هـ) الأعراض لا ترجع إلى فقد عزيز أو بعد فقد عزيز ظلت أكثر من شهرين.

الأعراض المصاحبة:

اضطراب الشهية، تغير الوزن، اضطراب النوم، زيادة النشاط الحركي،نقص الطاقة، الشعور بفقد القيمة، الإحساس بالذنب الشديد، صعوبة التركيز، تكرار فكرة الموت أو أفكار انتحارية.

هناك الكثير من الأفراد يشكو من الحزن والنكد بالإضافة إلى رغبة في البكاء، وأسباب هذه الشكوى عديدة وتتدخل فيها عوامل مختلفة منها نفسية و اجتماعية واقتصادية وانفعالية، ويظهر الاكتئاب كما يأتي :

1 ـ يستيقظ بعض الأفراد صباحا وهو يشكو من ضيق وحزن ولا يعرف السبب في ذلك ونعلل السبب أحيانا بأنه قد رأى حلما مزعجا مما اثر على انفعالاته النفسية بالوقت الذي نسي الحلم ولم يبق إلا آثاره التي أدت إلى شعوره بالحزن والغم .

2 ـ يعتري بعض الأفراد نوع من الهواجس وتوقع الشر مما يؤدي بالتالي أن يشكو من الحزن والهم.

3 ـ يصاب المراهقون في فترة المراهقة بحالات شديدة من الحزن ويكون هذا على شكل دوري يتأثر بالأحداث التي يتعرض لها المراهق وهي كثيرة بالنسبة إليه.

هناك مؤشرات معينة تظهر على الشخص المكتئب الحزين ويتميز هذا الفرد بان يكون منحني الظهر، مثقل بهمومه كانه يحمل ثقلا على ظهره بحيث يصبح لا يقوى على رفع قامته واستقامتها، تكون مشيته بطيئة ثقيلة، ينظر إلى الأسفل أكثر مما ينظر إلى الأعلى، وجهه كسيف مكفهر، مقطب الجبين، أطراف فمه يشوبها التهدل والارتخاء، يتأوه كثيرا عندما يتكلم، انه متشائم دائما، يمشي بجانب الجدار ويتجنب المشي وسط الشارع، تظهر على جمله ولغته المستعملة التألم والتأسف على الزمن الذي تغير ولم يبق منه إلا الأمور السلبية.

الأسباب التي تؤدي إلى الاكتئاب:

1 ـ يتعرض بعض الأفراد لنقصان المواد الكيماوية كمادة السيروتونين في أجسامهم، نتيجة لحالات التوتر أو التعب أو حرمانهم من النوم، وهذا ما يحدث في أماكن التعذيب أحيانا، وقد وجدت البحوث بأن هناك زيادة في هذه المادة في أجسام المنتحرين بعد تحليل دمائهم .

2 ـ يؤدي ضعف الارتباط العائلي إلى التشاؤم من الحياة وبالتالي يدفع المتشائم إلى الحزن.

3- الشعور بالذنب والأخطاء المعرفية .

4- الغضب المتجه للداخل والإحباط.

للوقاية من حدوث الاكتئاب:

- الاتصال المفتوح والتعبير عن الانفعالات .
- الشعور بالكفاءة والفاعلية ووضع أهداف واقعية يمكن تحقيقها.
- العمل على تطوير مصادر متعددة لاعتبار الذات .
- أن يكون المعلمون وأفراد الأسرة نموذجا للتفاؤل والمرونة.
- أن ينتبه المعلمون وأفراد الأسرة للإشارات التحذيرية.

هناك مؤشرات عديدة يمكننا التعرف على بوادر محاولات الانتحار لدى هؤلاء ومن هذه المؤشرات هي ما يأتي:

1 ـ الشراهة في الأكل أو فقدان الشهية التي تؤدي إلى السمنة أو النحافة .

2 ـ ميل الأفراد إلى الانطواء.

3 ـ صعوبة التركيز وضعف الذاكرة.

4 ـ الشعور بالوحدة وفقدان الحب والحنان.

5 ـ التعرض للفشل المتكرر سواء الدراسي.

6 ـ إهمال الأفراد لمظهرهم الخارجي ونظافتهم الجسمية وعنايتهم بهندامهم .

لعلاج الاكتئاب:

- ناقش الحزن وإيذاء الذات بشكل منفتح.
- اضمن إدراك الطفل لتحقيق أهدافه.
- قم بتخطيط نشاطات ممتعة وتنفيذها.
- علم الأطفال الحديث الإيجابي مع الذات.

الفصل السادس

مشكلات نفسية تؤثر جسميا

(مشكلات النوم، التبول اللاإرادي، اضطرابات الأكل، الإدمان واستعمال العقاقير، اضطرابات النطق)

هذه المشكلات هي مشكلات نفسية، ولكنها تؤثر سلبيا على الناحية الجسمية، ولذلك تم وضعها في هذا الفصل.

أولا: مشكلات النوم

الأرق كأحد مشكلات النوم

الأرق: صعوبة في استهلال أو الإبقاء وعدم استعادة النوم لمدة شهر.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV)

اغلب الشكوى تكون من صعوبة استهلال النوم أو الإبقاء عليه أو عدم استعادة النوم لمدة شهر على الأقل.

1- التعب أثناء النهار وتسبب ألم واضح وضعف في المجالات المهنية والاجتماعية.

2- لا تحدث صعوبة النوم بصورة منفردة أثناء وجود الخداد أو الغشية أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس أو اضطراب إيقاع النوم أو شذوذ النوم

3- لا تحدث الصعوبة بصورة مفردة أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل الاكتئاب لا يرجع الاضطراب إلى تأثير استعمال العقاقير أو للعلاج الطبي أو ظرف طبي.

أسباب الأرق:

- الأرق مصحوب بنعاس في النهار بسبب القلق او التوتر.
- مستوى نشاط نهاري عال بشكل غير عادي .
- أسباب عضوية أو تناول العقاقير.

الوقاية:

- ضع جدولا مثل الساعة البيولوجية.
- روتين تهدئة الذات: قبل النوم هدوء.
- الأكل باعتدال: قبل النوم وتجنب الكافيين.
- استخدام التمارين الرياضية.
- بيئة النوم: ابق الغرفة باردة ودون ضجيج، ضع قيود على السرير ولا يستخدم إلا للنوم

العلاج:

- النهوض من الفراش في حالة عدم القدرة على النوم.
- ممارسة الاسترخاء العقلي وتوجيه التخيلات.
- تعلم أسلوب حل المشكلات لحل المشكلات التي تعترض الفرد وتؤثر على نومه.
- تغيير المعتقدات اللاعقلانية التي يحملها الفرد عن نفسه والآخرين والحيـاة، وتؤثـر على نومه.
- التفكير الإيجابي: بأن يفكر في 10 نقاط إيجابية لديه يكررها ويفكر فيها.
- تغيّر موعد النوم.
- عدم تعزيز الأرق بعدم الذهاب إلى المدرسة في اليوم التالي مثلا.
- المعالجة الطبية كحل أخير.

الإفراط في النوم كأحد أنواع مشكلات النوم

هو شكاوى من النوم المفرط لمدة شهر، ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV) :

أ- شكوى سائدة من النوم المفرط على الأقل لمدة شهر.

ب- يحدث النوم المفرط ضعفا واضحا في النواحي الاجتماعية والمهنية والهامة.

ج-لا يقدر النوم المفرط تقديرا جيدا خلال فترات الأرق ولا يحدث بصورة مفردة أثناء وجود اضطراب نوم آخر مثل الخداد أو النوم النهاري أو اضطراب شذوذ النوم.

د- لا تحدث الصعوبة بصورة منفردة خلال وجود اضطراب عقلي آخر.

هـ- لا ترجع إلى تأثيرات نفسية مباشرة لاستعمال العقاقير أو ظروف طبية.

الكابوس الليلي كأحد مشكلات النوم

1- هو استيقاظ متكرر مع استعادة للأحلام والتي تتضمن تهديدات للبقاء او الأمان ويحدث الاستيقاظ عادة أثناء النصف الثاني من النوم. ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV)

2- استيقاظ متكرر في فترة النوم الرئيسية أو السبات ويحدث الاستيقاظ بصفة عامة أثناء النصف الثاني من فترة النوم.

3- في الاستيقاظ من الحلم المزعج فإن الفرد يصبح متنبها ومتوجها بسرعة.

4- تؤدي خبرة الحلم إلى صعوبة النوم والاستيقاظ خلل في النواحي الاجتماعية والمهنية.

5- لا تحدث أحلام النوم المزعجة بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلي آخر ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية أو ظروف طبية

أسباب الكوابيس:

- مشاعر يتم كبتها (صراعات).

- أسباب عضوية مثل الحمى وعسر الهضم.
- القلق العابر او الطويل الأمد.
- الخوف او العقاب.

الوقاية:

- تجنب النشاطات المثيرة في النهار للأطفال.
- عدم توبيخ الطفل قبل النوم مباشرة من قبل الوالدين.
- عدم تهديد الطفل.

العلاج:

- الدعم الأبوي قل له: إنها لن تؤذيك وهي ليست تخيلات.
- ابحث عن الأسباب المحتملة (مشكلة مدرسية أو مع الرفاق) وإذا شككت أن زيارة الطبيب سببت الحلم دعه يتحدث عها .
- استخدم التعبير بالتمثيل عن خوفه المكبوت.
- اعمل على مواجهة الأحلام المخيفة من خلال الرسوم ولعب الأدوار.

المشي اثناء النوم كاحد مشكلات النوم

المشي أثناء النوم: النهوض والمشي أثناء الثلث الأول من الليل، ويكون الشخص في حالة فراغ فكري ومن الصعب إيقاظه، ولا يتذكر شيء في أثناء اليقظة.

1. ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV) .
2. وقائع متكررة للنهوض من الفراش أثناء النوم والمشي وتحدث عادة في الثلث الأول من واقعة النوم الرئيسية.
3. خلال المشي فإن الشخص في حالة فزع فكري مع انعدام الاستجابة للتواصل مع الآخرين.

4. في الصباح وبعد الواقعة لا يتذكر شيء.
5. خلال دقائق من الاستيقاظ من واقعة المشي أثناء النوم لا يوجد أي تشوش أو فساد في الوظائف العقلية أو السلوك.
6. المشي أثناء النوم يسبب اضطرابا إكلينيكيا واضحا أو فسادا في الجانب الاجتماعي والمهني.
7. لا ترجع الصعوبة إلى التأثيرات الفسيولوجية مباشرة لاستخدام مواد أو عقاقير أو ظروف طبية عامة.

ثانيا: التبول اللاإرادي

التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعا في مرحلة الطفولة ويعني عدم قدرة الطفل على السيطرة على مثانته فلا يستطيع التحكم في انسياب البول. فإذا ما تبول الطفل في فراشه أثناء نومه سمي تبولا ليليا وإذا تبول أثناء لعبه أو جلوسه أو وقوفه سمي تبولا نهاريا.

ولا يعد تبول الطفل لاإراديا حتى سن الخامسة مشكلة ولا يعد تبلبل الطفل لفراشه وملابسه مرات قليلة مشكلة ما لم يتكرر العرض.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية:(DSM-IV) .

التخلص المتكرر من البول في الفراش أو الملابس لا إراديا أو مقصودا

- أن يكون السلوك مستوفيا إكلينيكيا وهي: إما تكرار الحدث مرتين أسبوعيا لمدة ثلاثة شهور متتالية على الأقل، أو قلق أو ضعف في العلاقات الاجتماعية.
- يكون العمر الزمني 5 سنوات على الأقل.
- ألا يكون السلوك بسبب الآثار الفسيولوجية المباشرة للمواد والأدوية المدرة للبول او الظروف الصحية العامة.

أسباب التبول اللاإرادي:

1. **الأسباب الفسيولوجية والعضوية:** كأمراض الجهاز البولي المتمثلة في التهاب المثانة أو التهاب قناة مجرى البول أو ضعف صمامات المثانة وربما التهاب الكليتين أو بسبب التهاب فتحة البول أو تضخم لحمية الأنف، حيث تسبب للطفل صعوبة في التنفس أثناء النوم مما يؤدي إلى الإجهاد واستغراق الطفل في النوم مما يؤدي لإفراغ هذه المثانة أثناء الاستغراق في النوم، كذلك بسبب فقر الدم ونقص الفيتامينات إذ يؤدي الضعف العام لعدم السيطرة على عضلات المثانة وكثرة شرب السوائل قبل النوم .
2. **أسباب وراثية:** يلعب العامل الوراثي دوره في حدوث هذه المشكلة فيرث الطفل هذا السلوك من والدية فهناك دلائل تحتاج إلى تأكيدات تشير إلى وجود علاقة وراثية بين الآباء والأطفال في مشكلة التبول اللاإرادي، كما أن هناك علاقة بين تبول الأطفال وتبول إخوة لهم، كما أن الضعف العقلي الناتج عن خلل كروموزومي يصاحبه غالبا تبول لاإرادي.
3. **أسباب اجتماعية وتربوية.**

- تقصير الأبوين وعجزهم في تكوين عادة ضبط البول لدى الطفل عدم مبالاة الوالدين بمراقبة الطفل ومحاولة إيقاظه ليلا في الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وإرشاده للذهاب إلى الحمام قبل النوم.
- سوء علاقة الطفل بأمه الذي يعود للأم مما يجعل تدريب الطفل على التحكم بعضلات المثانة أمرا صعبا.
- الاهتمام المبالغ فيه في التدريب على عملية الإخراج والتبول والنظافة وإتباع أسلوب القسوة والضرب والحرمان كي يتعلم الطفل التحكم في بوله.
- تعويد الطفل على التحكم في بوله في سن مبكرة وقد وجدان حالات التبول اللاإرادي تنتشر بشكل أفضل لدى الأمهات اللاتي يبكرن في عملية تدريب أطفالهن على التحكم في البول.

- تدليل الطفل أو حمايته والتسامح معه عندما يتبول وهـذا يعـزز لـدي الطفـل هـذا السلوك ويعتقد انه على صواب.
- التفكك الأسري وفقدان الطفل الشعور بالأمن كـترك أحـد الوالديـن للمـنزل أو الطلاق وكثرة الشجار من الوالدين أمام الأبناء..
- وجود مشاعر الغيرة لدى الطفـل كوجـود منـافس لـه أو زميـل متفـوق عليـه في المدرسة.
- وفاة شخص عزيز على الأسرة وخاصة إذا كان ممن يعتني بالطفل.

4. الأسباب النفسية:

- خوف الطفل من الظلام أو بعض الحيوانات أو الأفلام والصور المرعبة أو من كثرة الشجار داخل المنزل.
- الخوف من فقدان الرعاية والاهتمام نتيجة قدوم مولود جديد.
- غيرة الطفل عندما يشعر انه ليس له مكانته وان احد إخوته يتفوق عليه فيدفع هـذا الطفل إلى النكوص أي: استخدام أسلوب طفولي يعيد له الرعاية والاهتمام مثـل سلوك التبول
- شعور الطفل بالحرمـان العـاطفي مـن جـانب الأم إمـا بسـبب غيابـها المتكـرر او الانفصال بين الوالدين
- الإفراط في رعاية الطفل وحمايته تنمي عدم ثقته في الاعتماد على نفسه وعدم تحمله مسؤولية التصرفات السلبية كالتبول اللاإرادي.

الوقاية:

- تجنب الإهمال والعقاب المفرط لأنها تجعله يشعر بالذنب وعدم الكفاءة
- تأخير التدرب على التحكم بالمثانة حتى يبدأ الطفل يشعر بعـدم الارتيـاح للتبـول نهارا ويمتلك قدرة على ضبط التبرز حتى لا يفقد ثقته بنفسه.

علاج التبول اللاإرادي:

- إراحة الطفل نفسيا وبدنيا بإعطائه فرص كافية للنـوم حتـى يـهدأ جـهازه العصـبي ويخف توتره النفسي الذي قد يسبب له الإفراط في التبول .
- التحقق من سلامة الطفل عضويا وفحص جهازه البولي والتناسلي وجهاز الإخراج وإجراء التحاليل للبول والبراز والدم والفحص بالأشعة والفحـص عنـد طبيـب الأنف والإذن والحنجرة.
- منع الطفل من السوائل قبل النوم .
- التبول قبل النوم وإيقاظه بعد عدة ساعات ليتبول.
- تدريبه على العادات السليمة للتبول وكيفية التحكم في البول.
- عدم الإسراف في تخويفه وعقابه وتأنيبه وبث الطمأنينة في نفسه وإشعاره بالمسؤولية بإشراكه مع والديه والإيحاء له بأنه يستطيع السيطرة على بوله.
- تشجيعه عندما نجد فراشه نظيفا و استطاع أن يذهب لدورة المياه ومكافئته إذا كـان فراشه غير مبلل وإخباره انه سيحرم من هذه المكافأة إن بلل فراشه .
- تجنب مقارنته بأخوته الذين يتحكمون في البول وعدم استخدام التـهديد والابتعـاد عن السخرية منه و التشهير به إمام الآخرين.
- استخدام أسلوب الكف المتبادل: ونعني به كف نمطين ســلوكيين مـترابطين بسـبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير المتوافقة بكف النوم حتـى يحدث الاستيقاظ والتبول وكف البول باكتساب عادة الاستيقاظ أي أن كف النوم يكف البوال وكف البوال يكف النوم بالتبادل.
- استخدام العلاج الطبيعي بإعطاء الطفل ملعقة صغيرة من العسل فبل النوم مباشرة فهو مفيد لأنه يساعد على امتصاص الماء في الجسم والاحتفاظ به طيلة مدة النـوم كما أن العسل مسكن للجهاز العصبي عند الأطفال ومريح أيضا للكلى .

ثالثا: اضطرابات الأكل:

معظم الأفراد يمارسون من وقت لآخر عادات غذائية خاطئة، مثل التهام كميات كبيرة من الطعام أو إتباع نظام غذائي خاطئ للحمية، او إجبار النفس على التقيؤ بعد تناول الطعام، أو تناول أنواع محددة من الأطعمة، او تناول وجبة واحدة خلال اليوم.

إلا أننا هنا نتحدث عن اضطرابات مختلفة فهنا اضطرابات لها معايير محددة للتعريف والتشخيص، فممارسة العادات الغذائية الخاطئة وتطوير اضطرابات أكل يرتبط إلى حد كبير جدا باهتمام وتركيز الأفراد على مظهرهم الخارجي، وخاصة النساء حيث الرغبة عالية بالظهور بمظهر جميل، ينسجم مع نظرة المجتمع للجمال، ومن هنا نستنتج اثر المجتمع بمعاييره في تطوير اضطرابات الأكل، فالمجتمع الذي يربط الجمال بالنحافة سيطور أفراده اضطرابات أكل أكثر من المجتمع الذي لا يهتم بالنحافة أي لا ينظر لها أنها مقياس للجمال.

تصنف اضطرابات الأكل حسب تصنيف DSM4 إلى نوعين من الاضطرابات عند اليافعين وهي:

أولا: فقدان الشهية العصابي Anorexia Nervosa

المعايير التشخيصية لفقدان الشهية العصابي تتمثل بما يلي:

1. **رفض الاحتفاظ بوزن جسم حول الطبيعي او فوق الوزن الطبيعي بشكل أقل مما يمكن للعمر والطول:** إن العلامة الواضحة هنا والأكثر خطورة هي رفض الاحتفاظ بوزن جسم طبيعي، حيث أن الفرد يحتفظ بوزن جسم يعادل 85٪ من الوزن الطبيعي المثالي للعمر والطول، او فشل كسب وزن خلال فترة النمو وزن الجسم يكون اقل ب15٪ من الوزن المثالي المتوقع، العديد من حالات فقدان الشهية العصابي تبدأ بحمية صارمة لفقد بعض الوزن لكي يتلاءم مع الملابس الجديدة، أو لمناسبة معينة أو ليصبح أكثر جاذبية، في فقدان الشهية العصابي الحمية تزداد باتجاه الانحراف والاضطراب، حيث يصبح التركيز في حياة الفرد في النهاية

على فقدان الوزن وينخفض الوزن تحت المعيار الطبيعي للعمـر والطـول، والـوزن يصل غالبا إلى المستويات المنخفضة بشكل خطير.

2. **خوف حاد من كسب وزن أو أن يصبح سمين، مع قلة الوزن**: وهنا إدراك خـاطئ او اضطراب في تقييم وزن أو شكل الجسم، حيث ينكرون وبـإصرار مشـاكل وزن الجسم، حتى عند مجابهتهم بحقـائق علميـة أو بصورتـهم الذابلـة في المـرآة، وهـذه العلامة تنبثق من خيـال جسـم مشـوه وعـدم دقـة الأشـخاص في فقـدان الشـهية العصابي من إدراك حجم جسمهم الحقيقي.

3. **الاضطراب في الطريقة التي يدرك فيها وزن وشكل الجسم، حيث يدرك وزنه أكـثر من الطبيعي**: إن الخوف الحاد من السمنة (هي خاصيـة مركزيـة ثالثـة مـن فقـدان الشهية العصابي ، حيث أن تشجيع الأفراد الذي لديهم الاضطراب على أن يأكلوا يرعبهم حيث أنهم يخافون من أن تخفيف سيطرتهم على أكلهم أو وزنهم لو بشكل قليل سيقود إلى فقدان كامل للسيطرة والخوف من كسب الوزن ينمو أكثر مما يؤدي إلى فقدان أكثر للوزن.

4. **انحباس الحيض عند الفتيات، ويتمثل في غياب ثلاث دورات متتالية علـى الأقـل**: إن انحباس الحيض ثلاث دورات متتالية علـى الأقـل عنـد الفتيـات، هـو العلامـة الرابعـة لفقـدان الشـهية العصـابي، وانحبـاس الحيـض هـو رد فعـل التغـيرات الفسيولوجية الناتجة عن فقدان الشهية خاصـة انخفـاض إفـراز الاسـتروجين وهـو ليس علامة سابقة للاضطراب وإنما نتيجة له.

إن هناك مجموعة من الأخطار الصحية والنفسية التي قد تظهر إما نتيجـة لتدنـي كميات الأكل المستهلكة او نتيجة لانخفاض الوزن لدرجة كبـيرة أو بسـبب اسـتخدام السلوكيات التطهيرية ومنها:

1- **أخطار طبية**: حساسية شديدة للبرد- ضعف او تباطؤ النبض- اضطـراب النـوم- ضعف وظيفة المثانة- نمو شعر مفرط- عظام رقيقة بارزة أحيانا للكسـر- الانتفـاخ عند تناول الطعام ولو بكميات بسيطة - الإمساك - فقر الدم - فشل وظيفة الكبـد - ارتفاع الكلسترول - انخفاض الجلوكوز - انخفاض نسبة الخصوبة.

2- **أخطار نفسية**: اكتئاب ومزاج منخفض- تركيز قليل وحاجة أن يعمل أكثر للنتائج الجيدة مقارنة مع الوقت قبل المرض- العزل الاجتماعي- اهتمام منخفض في النشاط الجنسي.

3- **نتائج الممارسة المفرطة لفقدان الشهية العصابي**: انخفاض السكر بشكل كبير يؤدي للغيبوبة وربما للموت- الإجهاد يؤدي لكسر العظام- العضلات والمفاصل تضعف.

4- **نتائج التقيؤ**: يؤدي إلى مشاكل الأسنان حيث تتآكل طبقة المينا على الأسنان- اختلال نسبة الماء والملح يسبب وظيفة مزعجة للقلب والكلية والدماغ .

5- **نتائج استعمال المسهلات**: يمكن أن تقود إلى اختلال جدي في نسبة الماء والملح- والمسهلات تخرب الأمعاء نتيجة الإمساك الحاد- ومدرات البول يمكن أن تسبب جفاف وتركيز الملح يخرب وظيفة الكلى، أما تناول حبوب الحمية فتؤدي إلى الهيجان.

ثانيا: الشره العصابي Bulimia Nervosa

وتعرف بالمعايير التشخيصية التالية:

أ- نوبات متكررة من حلقات الأكل (نهم الأكل) Binge Eating نوبة الأكل هذه تتميز بما يلي:

1-الأكل في فترات منفصلة ومتقاربة مرة كل ساعتين، وكمية الطعام التي يتم تناولها اكبر من أكل معظم الناس خلال الفترة وتحت نفس الظروف المشابهة هنا يأكل كميات كبيرة من الطعام في مرات منفصلة ومتقاربة من الوقت مثل اقل من ساعتين وكمية الأكل المستهلكة في كل مرة اكبر بوضوح من أكل معظم الناس تحت الظروف المشابهة، وسلوك النهم هنا يحتمل أن يخطط له او يبدأ آنيا، ويكون سري ومعظم الناس في الشره العصابي يكون لديهم خجل من مشكلة أكلهم، ويبذلون جهودا لإخفائه ويأكلون بشكل سريع، وغالبا ما تكون أنواع الطعام التي يتناولها الشخص من المأكولات ذات السعرات الحرارية

العالية، وتكون سهلة للتقيؤ مثل الآيس كريم والكعك وغالبا ما تكون نوبة الأكل على النحو التالي:

عادة تبدأ بسبب مزاج مكتئب والذي ربما يكون بسبب نزاعات ضمن الشخصية Interpersonal المتمثل بالنقد الذاتي حول الوزن او بسبب الجوع الحاد بعد فترة صيام، إن الأكل يشعر الفرد بالراحة ويخفف من حدة مشاعر الفرد السيئة إلا أن المضايقة الجسدية الناتجة عن التهام الكميات الكبيرة من الطعام والخوف من كسب الوزن يتجاوز المظاهر الموجبة التي يشعر بها الفرد خلال نوبة الأكل مما يدفعه إلى ممارسة سلوكيات تعويضية تخفض من حدة قلقه.

2- إحساس بنقص السيطرة على الأكل خلال النوبة، شعور شخص لا يمكن أن يتوقف عن الأكل او يسيطر على الكمية التي تؤكل.

ب- سلوك تعويضي غير ملائم متكرر لمنع زيادة الوزن، مثل التقيؤ الإجباري سوء استعمال المسهلات ومدرات البول والحقن الشرجية أو أسلوب تعويضي آخر مثل الصيام والتمرين المفرط.

ت- حدوث نوبة الأكل والسلوكيات التعويضية غير الملائمة بمعدل مرتين في الأسبوع ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل (لا بد من أن تتكرر نوبة الأكل مع استخدام السلوك التعويضي).

ث- الانشغال الدائم بشكل ووزن الجسم وتأثير شكل ووزن الجسم على تقييم الذات.

ج- الاضطراب لا يحدث بشكل خاص خلال حلقات فقدان شهية الطعام.

وله نوعان:

1- نوع تطهيري: خلال النوبة الحالية الشخص قد انشغل بشكل منتظم في إجبار النفس على التقيؤ أو سوء استعمال المسهلات أو مدرات البول او الحقن الشرجية.

2- **النوع الثاني**: غير تطهيري خـلال النوبـة الحاليـة الشـخص قـد اسـتعمل سـلوك تعويضي غير ملائم آخر مثل الصيام او التمريـن المفـرط، لكـن لم ينشـغل بشـكل منتظم في إجبار النفس على التقيؤ او سوء استعمال المسهلات او مدرات البول او الحقن الشرجية.

ومن المضاعفات التي يمكن أن تحدث وترتبط بالشره العصابي:

1- **مضاعفات طبية**: مثل تآكل طبقة المينا على الأسنان خاصة الأسنان الأمامية – كما يمكن أن يؤدي إلى خلل في الهرمون – خلل في المعدة – وحالات نادرة قد تؤدي إلى الموت

2- **المضاعفات النفسية**: كما يحـدث في فقـدان الشـهية العصـابي وخاصـة الاكتئـاب والخوف الاجتماعي المرضي واضطرابات الشخصية والأفعال القهرية وقـد يرتبـط بتعاطي الكحول وإيذاء الذات إلا أن أهمها الاكتئاب.

اضطرابات أكل أخرى:

1- فساد الشهية Pica وتعني: أكل مواد غير صالحة، تتمثل في ابتلاع متعمد لمواد غـير غذائية، مثل ورق الشجر وورق الجـدران وهـي مـواد غـير ملائمـة مـع المسـتوى التطوري ولا تقبل كممارسة اجتماعية .

2- الاضطراب الاجتراري Rumination Disorder وهو: استرجاع المواد الغذائية مـن المعدة، (التقيؤ إلى الفم ثم تحريكها في الفم وابتلاعها مرة أخرى) ولا تحدث بشكل خاص خلال حلقة الشره العصابي.

3- اضطراب التغذية في الطفولة والطفولة المبكرة Feeding Disorders of Infancy Or Early Childhood ويتمثل في فشل المثابرة على الأكل بقدر كاف مما يـؤدي إلى الفشل في كسب الوزن أو خسارة الوزن قبل عمر ست سنوات.

4- تجنب الطعام بسب اضطراب عاطفي Food Avoidance Emotional Disorders اضطراب عاطفي عند الأطفال قليلي الوزن ويظهرون مع ضعـف الإقبـال علـى الطعام مجموعة من اضطرابات المزاج.

5- رفض الطعام Food Refusal يتميز برفض الوجبات في بعض الحالات أو مع بعض الأشخاص.

6- أعراض رفض مرضي معمم Pervasive Refusal Syndrome يتميز بالرفض أن يأكل، أو أن يشرب، أو أن يتكلم، أو أن يهتم بنفسه، أحيانا ينظر إليها كأعراض صدمة مبكرة Post Traumatic سببه انتهاك جسدي او جنسي.

7- أكل انتقائي Selective Eating يتضمن ذلك أكل نوع محدد فقط من الطعام – فقط اثنان أو ثلاثة أنواع مختلفة من الطعام.

أسباب اضطرابات الأكل المحتملة:

1- العوامل الاجتماعية: **Social Factor** والمتمثلة في مقاييس الجمال وتقسيمات الدور المحددة المرتبطة بالجنس ذكر – أنثى، ومن هنا النحافة يمكن أن تقدر بشكل إيجابي في مجتمع أو طبقة اجتماعية أو في ثقافة معينة وتقدر بشكل سلبي في أخرى، فتركيز المجتمع على المظهر الخارجي ومساواة الجمال بالنحافة يؤدي إلى تطوير اضطرابات الأكل ويصبح احترام الفرد لذاته يرتبط إلى حد كبير بالنواحي الفسيولوجية.

2- علاقات العائلة القلقة: **Troubled Family Relationships** بالرغم من أهمية العوامل الاجتماعية في الحديث عن أسباب اضطرابات الأكل، إلا أنها لوحدها غير كافية لتفسير اضطرابات الأكل فهناك العديد من العوامل الأخرى، فعلاقات العائلة مهمة فالأفراد في الشره العصابي لديهم نزاع معتبر ورفض في أسرهم، وربما يساهم أيضا في اكتئابهم، أما في فقدان الشهية العصابي فتكون العائلة تتصف بالسيطرة والانغلاق.

3- العوامل النفسية: لا يوجد عوامل مباشرة وصريحة تسهم في اضطرابات الأكل، ولكن هناك عوامل غير مباشرة مثل اضطرابات المزاج واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية تسهم في تطوير الاضطراب (وابرز العوامل النفسية:

الاكتئاب – الاستياء من خيال الجسم – ضعف الضبط الذاتي- تدني احترام الذات – نقص الوعي أو تشوه الإدراك – عسر الكلام – الكمالية .

4- العوامل البيولوجية: لم يتم تأكيد دور الجينات في حدوث الاضطراب.

علاج اضطرابات الأكل:

إن هدف المعالجة هي مساعدة المريض على كسب كمية اقل ما يمكن من الوزن، والتعامل مع الصعوبات الأوسع التي يمكن أن تكون سببت الاضطراب، والحالات الشديدة تحتاج إلى إدخال المستشفى.

ومن طرق المعالجة الأساليب السلوكية وهنا تستخدم البرامج السلوكية لتغيير عادات الأكل الخاطئة.

والأساليب السلوكية المعرفية: والتي تعمل على تعديل المعتقدات حول الوزن والشكل، والعلاج النفسي التحليلي لاستخراج عقد الطفولة وزيادة الوعي باللاشعور.

رابعا: تشخيص الإدمان وإساءة استعمال العقاقير

ما هو الإدمان على المخدر ؟ هو حالة من التسمم المزمن الضار بالفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الإنشائي ، ويتصف الإدمان على المخدر بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة لا يمكن قهرها أو مقاومتها،كما يتصف بالميل نحو مضاعفة كمية الجرعة ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي.

أسباب الإدمان تعود لثلاثة مجموعات من الأسباب:

1- مجموعات تتعلق بالعقار نفسه: من حيث تركيبه والخواص الكيميائية، وطريقة استعماله ومدى توفره وسهولة الحصول عليه.

2- عوامل تتعلق بالفرد المدمن: كالعوامل الوراثية وهي أكيدة، وعوامل تتعلق بشخصية المدمن مثل كونه غير ناجح أو عقابي للذات، وكونه مصابا بأمراض

نفسية كالقلق والخوف، أو مصابا بأمراض جسمية كالمغص الكلوي والحروق والسرطان.

3- عوامل تتعلق بالبيئة والمجتمع: كالأسرة والتربية والعوامل الاجتماعية فينتشر في بلدان أكثر من أخرى، وكذلك عوامل اقتصادية فتنتشر في أوقات البطالة وانتشار الفقر، وعند الكوارث والحروب.

ما هي المجالات التي تؤثر بها المخدرات ؟

أولاً: على المتعاطي:

- من الناحية الصحية كارتفاع معدل الوفيات يبلغ معدل الوفيات بين المتعاطين 1٪ سنويا.
- الاعتماد اقتصاديا على الآخرين حيث يعتمد 20٪ - 30٪ من المتعاطين على الحكومة ، ويعتمد 50٪ - 60٪ على الأفراد من أسرهم ومعارفهم لشراء المخدر.
- إهمال رعاية الأبناء والأسرة أكثر من 50٪ من الأطفال المعرضين للإهمال والنبذ من أسر تتعاطى المخدرات .
- عدم الاستمتاع بالحياة .

ثانيا: على الآخرين

- انتشار وازدياد معدل الجرائم 10٪ من الجرائم والجنح بسبب تعاطي المخدرات، وربع إلى نصف بليون دولار يتم سرقتها بواسطة متعاطي المخدرات، وكذلك ثلث إلى نصف السكان يخشون السير ليلا أو في مناطق معينة.
- انتقال عادة التعاطي للمخدرات من المتعاطين إلى الآخرين 90٪ من المتعاطين يحصلون على المادة المخدرة من متعاطين آخرين سبقوهم في مشكلة تعاطي المخدرات.

ثالثا: التأثير على الموارد العامة

- الإنفاق على خدمات خاصة بالمتعاطين حيث تبلغ في أمريكا سنويا للهيروين 100 - 150 مليون دولار.

- التأثير على برامج الخدمات العامة حيث خصص مبلغ 60 مليون دولار للمساعدة في الحد من تعاطي المخدرات.

رابعا: التأثير على القيم الروحية "الدينية" للمجتمع والقيم الأخلاقية لأبنائه:

- التأثير على القيم الأخلاقية والدينية وأدى التعاطي إلى انتشار ظواهر انحرافية كالرشوة والقتل والاغتصاب والبعد عن الدين.
- ظهور مؤسسات قوية لترويج المخدرات حيث بلغت مكاسب المؤسسات المروجة 24 بليون دولار سنويا على الأقل، وقدمت رشاوى لرجال الشرطة بلغت ما يقرب من مليون دولار سنويا.

مبادئ وطرق في الوقاية :

- عدم إهمال المعلومات الخاصة بالمتعاطي وكيفية تأثيرها على السلوك .
- إتاحة الفرص للعمل أمام الشباب وتقليل البطالة .
- الاهتمام بالجماعات المحيطة بالمتعاطي "جماعات الصداقة" .
- التعريف بمضار المخدرات .
- الاتصال المستمر بالمجتمع لتكوين رأي عام مضاد للمخدرات .
- التركيز على وسائل الإعلام وأن لا تدعم الإدمان .
- الحديث في المناهج حول مواضيع تتصل بالمخدرات .
- عمل لجان للوقاية وتتكون من الأطباء، الممرضين، الفنيين، الأخصائيين، النفسيين والاجتماعيين، والقياديين، ورجال الدين .
- الاستعانة بكبار السن كمستشارين.
- تنمية الوازع الديني نحو تعاطي المخدرات .
- عقد محاضرات لطلبة الجامعات والمدارس .
- عرض نماذج لأفراد متعاطين وتأثير التعاطي عليهم.
- الرقابة الأمنية على المناطق المتطرفة.

- إجراء الأبحاث والدراسات حول الظاهرة .
- تنظيم وتوعية عملية سفر الشباب للخارج.
- تشديد عقوبة المروج .
- فتح الخط الساخن hot line للاتصال المباشر بين مدمن المخدرات وأجهزة العلاج.
- مراقبة الأماكن العامة .

كيف تكشف مبكرا عن احتمالية تعاطي الطلبة للمخدر؟ مؤشرات بارزة:

- تغير واضح في الاهتمام بالهندام ثم إهمال مظهره الشخصي .
- تغير واضح في الصحة كأعراض الحساسية وآلام الصدر .
- هبوط مفاجأ بالدرجات المدرسية بحيث يصعب تفسيره .
- ضياع المال بطريقة غير مفهومة .
- ظهور رفاق جدد والبعد عن الأصدقاء المقربين نتيجة لذلك .
- تأثر الذاكرة فيما يتعلق بالأحداث الجارية .
- تغير مفاجأ في المواعيد فلا يعود إلى البيت بعد الانتهاء من المدرسة في الميعاد .
- تغير مفاجأ في الشخصية.
- اختفاء مفاجأ لأشياء من المنزل.
- الإهمال المستمر لعامل الوقت .
- نقص تدريجي في الشهية للطعام .
- العدوانية والميل إلى العنف .
- ضبط قطعة من المخدرات أو الإبر .
- الاعتراف من الشخص.

كيف تسير مراحل الإدمان عند المتعاطي؟

1. **مرحلة التجربة:** يتعلم المتعاطي أن المخدر يجعل المرء يشعر أنه في حالة طيبة ويمكن أن يتعاطى بالمجان في البداية، وحتى يحترمه الأقـران يتظـاهر بالانتعـاش والسـعادة معهم، وغالبا ما يكون الأصدقاء أكبر سـنا منـه، ويكـون الوالـدان غـير مدركـين للتعاطي إلا إذا اكتشفا بعض الأدلة بطريق الصدفة.
2. **مرحلة التعاطي المقصود:** هنـا يشـتري المخـدر ويكـون التعـاطي مقصـود، ويبـدأ حدوث الاعتناء والتحمـل أي يصبـح هنـاك حاجـة إلى جرعـات أكـبر لإحـداث النشوة، ويحافظ هنا على المظهر الطبيعي في مواجهة الوالدين والمعلمين والأصدقاء غير المتعاطين، وتتغير مواقف الطفل فما يراه غير مقبولا يصبح الآن مقبولا، ويبدأ التأرجح بين حالات مزاجية مختلفة لا تفسير لها.
3. **مرحلة الإدمان:** يصل الشخص هنا إلى النشوة وقد يتعاطى العقار في أي مكان ولا يعود تعاطي المخدر اختياريا بل يصبح ضرورة ويصبح الشخص لديه شعور شديد بالذنب والاكتئاب وينخفض اعتزازه بذاته ولا يعود المخدر مصدرا للمتعة وتـزداد الحياة الأسرية تدهورا ويكثر التغيب عن المدرسة وفقد الوظائف وقد يكثر التفكير بالانتحار.
4. **مرحلة الاحتراق:** نادرا ما يشعر المتعاطي بالنشوة من المخدرات ويكــون التعـاطي قسرا وغير خاضع للسيطرة ومستمرا طوال اليوم وقد يلجأ إلى الحقن التي تعطى في الوريد وتتكرر حالات الوهم، والبارانويا وتـزداد فكـرة الانتحـار إلحاحـا وتكـثر حالات الاعتماد وقد يحاول الهروب من البيت ويلجأ لتناول المخدرات بإسراف.

مراحل العلاج:

ملاحظة: لا يمكن للمرشد أن يقوم بمعالجة المسترشـد المدمـن علـى المخـدرات مثـلا وحـده، ولـذا يجـب أن يشـترك المؤسسـات المعنيـة بعـلاج المدمـن والأسـرة في مساعدته، ويعتمد ذلك على الدرجة التي وصل لها الفرد، وفي جميع الأحوال يجـب أن تعلم الأسرة بواقع ابنها وتشترك في الحل.

المرحلة الأولى: تأسيس علاقة مع الفرد مبنية على الفهم والتعاطف مع المسترشد ويتم فيها كذلك جمع معلومات ضرورية حول المخدر وقضايا العائلة وإمكانيات منع الانتكاسة ويتم فيها بناء خطط للعمل.

المرحلة الثانية: مشاركة الفرد في المعلومات المكتسبة ومناقشتها من أجل المساعدة في الشفاء ويتم فيها تنفيذ الخطط والأساليب العلاجية.

المرحلة الثالثة: يتم فيها الاستمرار بتعزيز ودعم خطط الشفاء الفردية وكذلك تدعيم مهارات الاتصال الشخصية.

المرحلة الرابعة: عمل برنامج علاجي لفترة النقاهة والمشاركة المرافقة مع المريض لدعم جهود الشفاء المستمرة وتشجيع الدعم المتبادل مع الأفراد الآخرين .

المرحلة الخامسة: التعامل مع الانتكاسة والعمل على منع حدوثها فمعظم الناس سوف ينزلقون ويعودون إلى تعاطي المخدر، إذا عادت نفس الظروف وقد يؤدي العودة لمرة واحدة إلى عدم السيطرة على المخدر والعودة للإدمان ويكون ذلك من خلال:

- زيادة إيمان الأفراد بأنهم سيكونون قادرين على التحكم بسلوكهم وبأحداث حياتهم.
- تعليم الأفراد استجابات تدبر أكثر تكيفية كالاسترخاء والمهارات الاجتماعية.
- الاهتمام بتقوية الإرادة: حتى لا يعود إلى فقدان السيطرة والشعور بالذنب.
- التوقف عن لوم أنفسهم خوفا من الفشل وتوقع احتمالية الانتكاسة.

ويكون منع حدوث الانتكاسة على ثلاث مستويات:

المستوى المعرفي: تعليم المدمن وإعداده مسبقا لإمكانية مواجهة الانتكاسات وذلك بمعاينة أفكاره اللاعقلانية ورصدها .

المستوى الانفعالي: على المعالج دفع الأفراد على استخدام الأحاديث مع الذات بشكل فعال

المستوى السلوكي عن طريق: ضبط المنبـهات بالابتعـاد دومـا عـن أصدقـاء المخـدر، السماح له بممارسة بعض المسرات كوسائل تعزز لمنع الانتكاسة، فـرض عقوبـات قاسية بحق المريض الذي ينتكس ويعود للمخدر، جعل المدمن يمـارس الاسـترخاء والرياضة وتمارين التنفس .

تمثل الإساءة لاستعمال الكحول جزء من تاريخ البشرية، وفي تشخيص DSM4 عام 1994 حددت محكات سوء استخدام العقاقير والاعتماد عليـها بنـاء علـى قـاعدة تجريبية متينة، وتم الاهتمام بأعراض الانسحاب والتحمل.

اختلال استخدام المواد أو العقاقير: فيما يلي بعض التعريفات المهمة لتشخيص استخدام المواد أو العقاقير.

1. **الاعتماد على العقاقير:** نمط غير متكيف من استخدام العقار يؤدي إلى قصور ذات دلالة إكلينيكية او توتر.
2. **التحمل Tolerance** ويحدث على كل من المسـتوى الفسيولوجي والنفسـي معـا، حيث تتوافق الخلايا طويل المدى لكل من الكحـول والمخـدرات في مجـرى الـدم، وحيث تحدث عمليات بيوكيميائية لتحقيق توازن فسيولوجي مـع المـادة والمخـدر، وتعتمد هذه الاستجابة على طول المدة، ويتطلب التحمل أن يستخدم الفرد المزيـد من المادة المخدرة ليبقى يحافظ على آثارها التعزيزية الأصلية، والفـرد الـذي حقـق التحمل سوف يشعر أيضا بانحدار تدريجـي في هـذه الآثـار إذا لم يزيـد اسـتخدامه للمادة مع الوقت، ويتضح التحمل في:
   - الحاجة إلى الزيادة الواضحـة المسـتمرة في كميـة العقـار لتحقيـق الثمالـة او الأثـر المرغوب.
   - الانخفاض التدريجي لتأثير تعاطي نفس الكمية من المادة أو العقار.
3. **الانسحاب Withdrawal** ويشير إلى: الأعراض النفسية والجسمية التي تحدث عنـد توقف تعاطي المخدر او الكحول بعد فترة طويلة بما فيه الكفاية لتسبب التعود على العقار، وتشمل أعراض: الانسحاب، الأرق، والدوار، والغثيان، أو التقيؤ، وعـدم الراحـة، والتعـب، والحركـات اللاإرادية للعضـلات، وفي العديـد مـن الحـالات

ضلالات وهلاوس شمية ولمسية، وقد يحدث خطر فعلي على الحياة، وتتأثر هذه الأعراض كأعراض التحمل بكل من العوامل النفسية والبيولوجية.

أعراض مميزة لانسحاب المادة تحدث المادة عند الانقطاع عن التعاطي:

- تعاطي نفس المادة (أو مادة ترتبط بها بشدة أو تماثلها) تخفض من أو تجنب إعراض الانسحاب.
- هذه المادة في الغالب تم تعاطيها بكمية كبيرة أو لمدة أطول مما هو معتاد.
- توجد رغبة مستمرة (مثابرة) أو جهود غير ناجحة للتوقف أو التحكم في استخدام المادة
- تنفق كمية كبيرة من الوقت في سبيل الحصول على المادة (مثل زيارة العديد من الأطباء أو قطع مسافات طويلة) في استخدام المادة (مثل التدخين المتواصل) أو التحرر من آثارها
- اختزال أو خفض أو التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية وترفيهية هامة بسبب استخدام مادة أو عقار.
- الاستمرار في استعمال المادة أو العقار على الرغم من المعرفة بوجود مشكلات جسمية أو نفسية تحدث أو تتفاقم بسبب المادة أو العقار.

المحكات التشخيصية العامة لإساءة استعمال مادة أو عقار كما حددها DSM4:

نمط غير متكيف لاستعمال مادة أو عقار يؤدي إلى قصور ذات دلالة إكلينيكية أو توتر، كما يتضح بواحدة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال فترة إثناء عشر شهرا:

1. الاستخدام المتكرر لمادة أو عقار يصاحبه فشل في إنجاز أو تحقيق التزامات لأدوار أساسية في العمل والمدرسة والمنزل (مثل الغياب المتكرر، وضعف الأداء في العمل الناتج عن تعاطي المادة).
2. الاستخدام المتكرر للمادة أو العقار في مواقف يترتب عليها مخاطر جسدية (مثل قيادة سيارة أو تشغيل ماكينة بعد تعاطي المادة).

3. تكرار وجود مشكلات شرعية أو قانونية ترتبط بتعاطي المادة أو العقار (مثل الاعتقال نتيجة الانخراط في مشكلات ترتبط بتعاطي المادة).
4. الاستخدام المتكرر لمادة أو عقار على الرغم من وجود مشكلات اجتماعية أو بين شخصية راهنة أو متكررة حدثت أو تفاقمت بسبب تأثير المادة أو العقار(مثل الجدال مع القرين حول استمرار التسمم أو الثمالة أو العدوان الجسدي)
5. هذه الأعراض لا تناظر محكات الاعتماد على مادة أو عقار لهذه الفئة من المخدرات.

أعراض ومحكات الاعتماد على المخدرات:

أهم العقاقير والمركبات المخدرة

أولا: الكحول Alcohol

هو المادة الفعالة في الخمر وتعرف كيمائيا بالكحول الأثيري، وهو مادة سريعة الامتصاص في المعدة والأمعاء الدقيقة، وما أن يمتص الكحول ويصل إلى الدم الذي يقوم بحمله إلى خلايا المخ حتى يبدأ تأثيره السريع في الجهاز العصبي المركزي ومن ثم يؤثر وبشدة على سلوك الفرد ومزاجه، تؤدي الكمية المعتدلة إلى إحساس مقبول من الإثارة وإحساس بالسعادة ويتبع ذلك الرغبة في الاسترخاء والهدوء، ولكنها تضعف قدرته على الالتزام بالضوابط والقواعد الاجتماعية، كالحياء وانتقاد الذات فيأتي المتعاطي بأفعال يستنكرها فيما بعد، كما تضعف سيطرته على الوظائف العقلية بالمخ، ويؤدي إلى فقد الاتزان والكلام والتناسق الحركي بسبب تأثيرها على المخيخ وتهتز مقلتا العينين واليدين، كما تتأثر قدرته على إصدار الأحكام والمنطق والذاكرة والإدراك، وفي حالة الجرعات الكبيرة يحدث التأثير المسكن للكحول ويفقد المتعاطي الوعي وتتعطل وظائف القلب والتنفس في النخاع المستطيل ويموت المتعاطي بسبب الفشل التنفسي.

المحكات التشخيصية للتسمم (الثمالة) بالكحول

أ- الاحتساء الحالي للكحول.

ب- تغيرات سلوكية أو نفسية غير توافقية ذات دلالة إكلينيكية (مثل سلوك جنسي او عدواني غير مناسب، وعدم استقرار انفعالي) تتطور كلها أثناء تعاطي الكحول او بعد التعاطي بفترة قصيرة.

ت- واحدة أو أكثر من العلامات الآتية تتطور أثناء تعاطي الكحول أو بعدها بفترة قصيرة: بطئ الحديث- عدم الاتساق أو التآزر- الترنح أثناء المشي- الرأرأة - قصور في الانتباه والذاكرة - غشية أو غيبوبة.

ث- لا ترجع الأعراض إلى ظروف طبية عامة ولا تفسرها اضطرابات عقلية أخرى بشكل أفضل.

ولا يقتصر تأثير الكحول على الأعراض المباشرة التي عرضت، ولكن هناك ما يعرف بالآثار السلبية غير المباشرة والمتمثلة في حوادث السيارات ومشكلات في العمل والمنزل ويرتبط المستوى المرتفع من الكحول في الدم بكل أنواع الجرائم.

أما آثارها الصحية فعديدة وأهمها: التهابات المعدة - وقرحة المعدة - وتشمع الكبد وتضخمه- واضطرابات وظائف القلب - وضمور خلايا المخيخ- والتهاب الأعصاب المحيطية والضعف الجنسي- ورعشة اليدين والسل الرئوي وأمراض العضلات والعمى الكحولي- ومتلازمة الجنين الكحولي.

المحكات التشخيصية لانسحاب الكحول:

التوقف عن (او التقليل من) استخدام الكحول بعد تعاطيه بكثافة ولمدة طويلة يظهر اثنين أو أكثر من الأعراض الآتية تتطور خلال عدة ساعات وحتى أيام قليلة بعد حدوث المحك (أ).

1. زيادة ارتعاش اليدين.
2. الأرق.
3. الغثيان او التقيؤ.
4. هلاوس بصرية عابرة او لمسية او سمعية او أوهام وخداعات.
5. إثارة نفس حركية .
6. قلق .
7. نوبات صرعية كبرى.

الأعراض الموجودة في المحك (ب) تحدث أسى نفسي (أو حزن) أو قصور اجتماعي ومهني أو في مجالات هامة أخرى من مجالات الحياة.

لا ترجع الأعراض إلى حالة طبية عامة ولا تفسرها بشكل أفضل اضطرابات عقلية أخرى.

تأثير الاستخدام قصير المدى :عند شرب كميات قليلة نسبيا من الكحول تكون مستواها في الدم اقل من 10-30 ملغم ،وهنالك خطر محصور في الغيبوبة التي تؤدي إلى الموت بالتسمم عندما تصل مستويات الكحول في الدم فوق 400 ملغم.

تأثير الاستخدام والتعاطي المطول :

1- نتائج تعاطي الكحول البعيد المدى يمكن أن يكون له اثر مدمر على مساحات عديدة من حياة الشخص مثل تدهور علاقاته مع العائلة والأصدقاء.

2- ويؤثر على الحياة الزوجية.

3- يمر الشخص في ظلمات وقد يستمر في أدائه الوظيفي دون خلل ولكنهم سيكونون فيما بعد غير قادرين على تذكر سلوكهم أي أن الشارب للكحول يتم مثلا إبلاغه من قبل صديقه حول ما تصرفه في حفلة الليلة الماضية وهو غير قادر على تذكر ذلك.

4- يتداخل أيضا مع الأداء العملي أو المهني ويؤثر عليه فالشركاء والمسؤولون في العمل قد يتذمرون وقد يصبح لديهم مشاكل مالية أو يفقد الشخص عمله.

5- مشاكل قانونية مع السلطات مثل الاعتقال بسبب القيادة تحت تأثير الشرب.

6- العلاقة بين الجريمة والشرب تعتبر قوية جدا فأكثر من 60 ٪ من الرجال الذين كانوا تابعين للكحول تم اعتقالهم أكثر من مرتين بسبب جرائم مرتبطة بالكحول.

7- المستوى البيولوجي يصبح لديهم أعراض بعيدة وخصوصا في الكبد والبنكرياس ونظام المعدة والأوعية الدموية والنظام الهرموني وتشمع الكبد ومشاكل القلب وأشكال من السرطان وضعف الذاكرة.

8- يرتبط بالتشويش الغذائي لأنهم بدلا من أكلهم لوجبات متوازنة يمكن أن يفقدوا الشهية لأنهم سكارى.

ثانياً: الكافيين

أحد مثيرات المجموعة العصبية السيمبثاوية الذي يجعل للقهوة والشاي والكولا والشيكولاتة أثارها وينتمي إلى فئة العقاقير المثيرة.

إن الاستخدام المحدود والمعتدل لهذه المنشطات يؤدي إلى إنعاش الحالة المزاجية ويزيد الانتباه العقلي والطاقة، أما الاستخدام بشكل مبالغ فيه فإنه يؤدي إلى النشاط الزائد وعدم الراحة والأرق والقلق وفساد الأحكام وحتى الغضب والمشاجرة ويؤدي التسمم او الثمالة بالمنشطات إلى تغيرات فسيولوجية واضحة تتضمن تغيرات في معدل ضربات القلب وضغط الدم والوظائف المعدية المعوية واضطرابات التنفس والتشتت والغشية أو الإغماء، يمكن أن تحدث أيضا في حالات شدة تركيز الكافيين في الدم، كما يرتبط التسمم المزمن بالكافيين بالبلادة الانفعالية (اللامبالاة وعدم الاكتراث) والتعب والحزن والانسحاب الاجتماعي وصعوبة التركيز وضلالات بارانوية يمكن أن تحدث في حالة الاستخدام المتكرر لهذه المادة ولمدة طويلة من الوقت.

المحكات التشخيصية للتسمم بالكافيين

- الاستهلاك الراهن للكافيين، عادة ما يزيد عن 250 مليجرام (أكثر من 2-3 فنجان من القهوة)
- خمسة أو أكثر من العلامات الآتية تتطور خلال أو بعد استخدام الكافيين بفترة قصيرة (الضجر والتململ- العصبية وسهولة الاستثارة - الإثارة والتوتر- الأرق- وجه متورد- كثرة التبول - اختلال القدرة على تذوق الطعام- انتقاض أو ارتعاش العضلات- فيض متدفق من الأفكار والحديث-خفقان القلب - النشاط الزائد - إثارة نفس حركية)
- الأعراض تسبب أسى أو عدم ارتياح نفسي ذات دلالة إكلينيكية او قصور في النواحي الاجتماعية أو المهنية.
- لا ترجع هذه الأعراض إلى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية اضطرابات عقلية أخرى.
- أما انسحاب الكافيين فيتضمن نوعا من الانهيار للحالة المزاجية حيث تنتاب المتعاطي فترة من القنوط والاكتئاب العميق المصحوب باضطراب في نشاط المجموعة السيمبتاية والجهاز العصبي يمكن أن يبقى لأيام عديدة وقد يحدث الصداع والقيء والاكتئاب وصعوبة التركيز ويمكن عرضها على الشكل التالي:

- الانقطاع المفاجئ عن استخدام الكافيين أو خفض كمية الكافيين المستخدمة متبوعة مباشرة بصداع وواحدة أو أكثر من الأعراض التالية (إجهاد واضح أو نعاس- قلق واضح أو اكتئاب- غثيان أو قيء).

ثالثاً: عقاقير الهلوسة مثل إل . أس. دي L.S.D

وهي مركبات مصنعة تسبب الهلاوس وأهمها التشويه البصري والسمعي لما يحيط بالمتعاطي في البيئة، وتبعد المتعاطي عن الأشياء المحيطة به، وأحيانا تجبره على التفكير مرة أخرى في علاقاته.

المحكات التشخيصية للتسمم بالمهلوسات

- استخدام حديث لعقاقير المهلوسة.
- تغيرات سلوكية غير متوافقة ذو دلالة إكلينيكية أو تغيرات سيكولوجية (مثل القلق الواضح أو الاكتئاب والخوف من فقدان المرء لعقله وفساد الإحكام وقصور الأداء الوظيفي أو الاجتماعي) تتطور خلال أو بعد استخدام عقاقير المهلوسة بوقت قصير.
- تغيرات إدراكية تحدث في حالة اليقظة الكاملة والانتباه (مثل حدة ذاتية في الإدراك، فقدان أو تبدد الشخصية، الهلاوس، الخداعات).
- اثنان أو أكثر من العلامات الآتية تتطور خلال أو بعد استخدام عقاقير الهلوسة (اتساع بؤبؤ العين- خفقان القلب-تصبب العرق-ارتعاش الجسم-عدم وضوح الإبصار-رجفة بالجسم-عدم الاتساق أو التآزر.
- هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية اختلالات عقلية أخرى.
- تؤثر المهلوسات في الحالة المزاجية وإدراك الزمن ومشاعر تشوه الشخصية وانخفاض مستوى الأداء على اختبارات تركيز الانتباه.

رابعاً: النيكوتين

يمثل النيكوتين العالم الأول لمشكلات الصحة العامة في العالم، ويمثل النيكوتين أحد مثيرات الجهاز العصبي المركزي مثله مثل الامفيتامينات، كما انه يسبب أعراض الانسحاب والتحمل والاعتماد، إن الاستخدام المفرط للنيكوتين يمكن أن يسبب الهياج والإثارة، كما يؤثر على التفكير والقدرة على حل المشكلات، كما يحدث تغيرات مثيرة في الحالة المزاجية، كما يسبب النيكوتين زيادة في ضربات القلب وضغط الدم وينبه مراكز التنفس في المخ ويحدث التقيؤ، أما الجرعات الكبيرة فتؤدي إلى شلل التنفس وتزيد من إفراز اللعاب والعرق ومخاط الشعب الهوائية وتزيد سرعة تخثر الدم وتكوين الجلطات.

إن ابرز المحكات التشخيصية لانسحاب النيكوتين (يتبع ذلك بعد أربعة وعشرين ساعة أربعة أو أكثر من العلامات التالية: مزاج مكتئب - الأرق- عدم الثبات والإحباط والغضب- القلق- صعوبة التركيز- عدم الاستقرار- انخفاض معدل ضربات القلب- زيادة الشهية للطعام أو زيادة الوزن).

التأثيرات على المدى القصير :

1- زيادة في معدل نبضات القلب وضغط الدم.

2- يؤثر على عدد من الأنظمة العصبية الناقلة.

3- يؤدي إلى نقصان الدوبامين.

4- للنيكوتين تأثير مركب على حالات المزاج الشخصي فالبعض يدخن ليشعر براحة اكبر ويعتقد انه يساعده على التحكم باستجابته الذاتية الشخصية للتوتر وهذا تناقض واضح فالمدخن المنتظم قد يشعر بالراحة عندما يدخن سيجارة لأنها فقط ستقلل من الأطباء غير السارة للانسحاب.

التأثيرات على المدى الطويل :

1- تظهر أعراض الانسحاب وتشمل الخمول وارتجاف العضلات والغثيان.

2- الناس الذين يحاولون ترك التدخين هم نموذجيا يمرون بمشاكل النوم وزيادة الوزن وصعوبات التركيز وتأرجح إيقاع المزاج من القلق إلى الغضب والكآبة.

3- الانسحاب عن النيكوتين من الناحية النفسية هو صعب كالانسحاب من الهروين والشهوة بعد التوقف تستمر لسنوات.

4- الذين يدخنون تزيد لديهم خطر الإصابة بالأمراض القاتلة كالقلب والرئة والسرطان 80٪من حالات الوفاة بسرطان الرئة يمكن أن تعزى إلى تدخين التبغ.

5- النساء اللاتي يدخن أكثر عرضة للعقم 6-الأطفال الذين يولدون لأمهات مدخنات يكونوا اقل وزن وأكثر عرضة لأمراض ولادية متعددة.

خامسا: الاضطرابات والمشكلات اللغوية

متطلبات النمو اللغوي: سلامة الجهاز الحسي السمعي والبصري، الانتباه، سلامة التفكير، الذاكرة، تكوين المفاهيم، المهارات البصرية وتشمل التمييز والتعرف والاستيعاب والتذكر والتحليل، المهارات السمعية وتشمل التمييز والتعرف والاستيعاب والتذكر والتحليل، التعبير الإيمائي، التعبير اللفظي، القراءة، الكتابة.

- تعتبر السنة الأولى مرحلة الكلمة الواحدة.
- تعتبر السنة الثانية مرحلة الجملة ذات الكلمتين.
- تعتبر السنة الثالثة مرحلة تكوين الجمل.
- تعتبر السنة الرابعة مرحلة تناول الحديث مع الآخرين.
- تعتبر السنة الخامسة مرحلة تكوين الجملة الكاملة.
- تعتبر السنة السادسة مرحلة الحصيلة اللغوية وفيها 2500 كلمة.

يسير تطور اللغة وفق مراحل:

1. مرحلة البكاء **Crying Stage** تعبر عن حاجته وانفعالاته بالصراخ من الميلاد حتى تسعة شهور.
2. مرحلة المناغاة **Babbling Stage** يصدر الطفل الأصوات أو المقاطع ويكررها من شهر وحتى الشهر التاسع.
3. مرحلة التقليد **Imitation Stage** يقلد الأطفال الأصوات أو الكلمات التي يسمعها تقليدا خاطئا.
4. مرحلة المعاني **Semantic Stage** وفيها يربط الطفل ما بين الرموز اللفظية ومعناها من سنة إلى خمسة سنوات.

أولا: اضطرابات النطق Articulation disorders

وتحدث بسبب مشكلات في حركات الشفاه واللسان والفك أو لأسباب بيئية مثل:

1.**الحذف Omission** حذف حرف أو أكثر.

2.**الإضافة Addition** حيث يقوم بإضافة حرف أو أكثر إلى الكلمة.

3.**الإبدال Substitution** تبديل حرف بحرف آخر من حرف الكلمة.

4.**التشويه Distortion** تكون مخارج الحروف غير سليمة مثل إطلاقه لصوت الصفير عند محاولة نطق حرف السين.

ثانيا : اضطرابات الكلام Speech Disorders مثل:

1. **السرعة الزائدة في الكلام Cluttering** يكون المتكلم سريعا في نطق الكلام.
2. **التأتأة في الكلام Stuttering** : مثل يكرر المتكلم الكلام عدة مرات، أو قد يتردد في نطقه أيضا لعدة مرات ، قد يعمل على إطالة الأصوات أو يصدر المتكلم أصواتا اعتراضية خاطفة أثناء الكلام.
3. **الوقوف أثناء الكلام : Blocking** يتوقف المتكلم عن الحديث أثناء الحديث ، الأمر الذي يشعر المتلقي أن المتحدث قد أنهى كلامه.

ثالثا: اضطرابات اللغة Language Disorders

من حيث انحرافها أو ضعفها أو تأخرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها أو صعوبة القراءة أو الكتابة مثل:

1. **تأخر ظهور اللغة : Language Delay** يتأخر ظهور الكلمة الأولى التي ينطق بها الطفل عن المعدل الطبيعي لظهورها وهي السنة الأولى من عمر الطفل.
2. **فقدان القدرة على الكلام أو الحبسة الكلامية Aphasia** وهنا لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه بصورة لفظية واضحة ومفهومة ولا يستطيع فهم اللغة المنطوقة من قبل الآخرين وتصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية ويكون الفقدان للنطق إما فقدانا كليا أو جزئيا في اللغة التعبيرية ولها أشكال :

أ- حبسة بروكا Brocas وهي صعوبة في تحريك أعضاء الكلام والاستيعاب يكون سليم القراءة والكتابة سليمتان والمصاب يعي صعوبته وتؤدي إلى اضطرابات في اللغة التعبيرية.

ب- حبسة فيرنكه Werhickes وهنا أذى شديد لاستيعاب الكلام وطلاقة في إنتاج الكلام ولكنه غريب ومن غير معنى وملئ بكلمات غير موجودة في اللغة وتشوه في القراءة والكتابة ويبدو المصاب غير واعي لمشكلته وتؤدي إلى اضطرابات في اللغة الاستقبالية.

ج- حبسة النقل : هنا طلاقة في الكلام ولكنه إلى حد ما غير ذي معنى يمكن الإفصاح عن شيء من الاستيعاب والقراءة غير قادر على تكرار أشباه الجمل بشكل صحيح.

د- صمم الكلمة وهنا تلف في استيعاب الكلام، أما استيعاب اللغة المكتوبة فهو سوي وإنتاج اللغة اللفظية والكتابية سوي.

هـ- حبسة التسمية Dysnomia وهنا عدم القدرة على التفكير بكلمة محددة أو اسم شخص أو شيء أما الاستيعاب والمحادثة سليمان.

و- الحبسة الكلية: تلف حاد في جميع الوظائف المتصلة باللغة.

1. صعوبة القراءة Dyslexia صعوبة في القراءة وهي من مظاهر اضطرابات صعوبات في التعلم.

2. صعوبة الكتابة Dysgraphia صعوبة في كتابة الكلمات أو الجمل بشكل صحيح.

3. صعوبة تكوين الجمل Language Deficit صعوبة في تركيب وتكوين الجمل بشكل صحيح فهو يعمل على تركيب الجملة بشكل منحرف.

4. صعوبة في فهم الجمل والكلمات: Agnosia صعوبة في فهم معنى الجملة أو الكلمة التي يستقبلها من الآخرين، ويميل الفرد هنا إلى تكرار هذه الجمل أو الكلمات بالرغم من عدم فهمه لها.

5.**العمة الحركي :Apraxia** عدم القدرة على برمجة وسلسة حركة العضلات المسؤولة عن الكلام التي يظن أنها ناتجة عن خلل عصبي حركي.

رابعا: اضطرابات الصوت Voice Disorders

درجة الصوت ، شدة الصوت، ارتفاع الصوت، انخفاض الصوت، نوعية الصوت ، وتظهر في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

أسباب الاضطرابات اللغوية

1. الجنس: فالإناث أسرع من الذكور.
2. العوامل الأسرية ترتيب الطفل في الأسرة والطفل الأوحد.
3. الوضع الصحي والحسي للفرد.
4. وسائل الإعلام.
5. عملية التعلم كقوانين التعزيز.
6. القدرة العقلية.

المراجع

- أبو عيطة، سهام درويش. (1988). مبـادئ الإرشـاد النفسـي، الكويـت ،دار القلم.
- إبراهيم، عبد الستار. (1994) العلاج السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجـر للنشـر والتوزيع، القاهرة: مصر.
- باترسون، س (1992). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ط2، ترجمة، حامد الفقي، القاهرة: دار القلم
- برامج في تعديل السلوك (خطوات إجرائيـة للتعـامل مـع المشـكلات السـلوكية في المدرسـة). 1988. قسـم الإرشـاد والـتربوي والصحـة النفسـية، مديريـة الصحـة المدرسية، وزارة التربية والتعليم في المملكة الأردنية الهاشمية.
- زهران، حـامد.(1980). التوجيـه والإرشـاد النفسـي، ط،2، القـاهرة، عـالم الكتب.
- زهران، حامد(1985) التوجيه والإرشـاد النفسـي، القـاهرة، عـالم الكتـب، الطبعـة الثالثة.
- سعد، علي (1993) علم الشذوذ النفسي، دمشق، جامعة دمشق.
- سعيفان، محمد احمد.(2001). الإرشاد النفسي للأطفال ، الجـزء الأول (أ)القـاهرة، دار الكتاب الحديث.
- سعيفان، محمـد احمـد.(2005). العمليـة الإرشـادية ، ط1 ، القـاهرة ، دار الكتـاب الحديث.

- سليمان، عبد الله محمود .(1986) الإرشاد النفسي تطوره و مفاهيمه وتميزه، الرسالة الرابعة والثلاثون، حولية كلية الآداب، الحولية السابعة.
- شيفر وميلمان (2005) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، منشورات الجامعة الأردنية، ترجمة: د نزيه حمدي، نسيمة داود.
- الشناوي ، محمد محروس (1996) العملية الإرشادية، دار غريب. القاهرة: مصر.
- عبد الرحمن، محمد (2000) علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج، القاهرة، دار قباء.
- عبد المعطي، حسن (2001) الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، القاهرة: دار القاهرة.
- عسكر، علي(2000) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، ط2، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- عمر، محمد ماهر محمود.(1992) المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. ط2، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
- الفرج، صفوت.(1980). القياس النفسي ،القاهرة ، دار الفكر العربي.
- فوزي، إيمان.(2001) التشخيص النفسي، القاهرة ، دار الزهراء.
- المعجم الكبير (1999) مجمع اللغة العربية، القاهرة: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية (طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم)
- محمد، عادل عبد الله (2000) العلاج المعرفي السلوكي، دار الرشاد، القاهرة
- يوسف، جمعة سيد (2000) الاضطرابات السلوكية وعلاجها : الأسباب، التشخيص، العلاج، القاهرة: دار غريب.

- Baily Roy D. and Bailey, June (1985) Copping with stress in Caring Blackwell scientific publications, Oxford.

- Beck، A.T & Freeman، A. (1990): Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford.

- Gerald C. Davison, John M. Neale. John Wiley & Sons,(2004) Abnormal Psychology, Inc. Eight Edition.

- Ivey, A. E. (2003). Intentional Interviewing & Counseling (4th Ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Kleinke, Chris, L. Coping with Life Challenges. Brooks/ Cole Publishing Company Pacific Grove, California.

- Krisen, O. (Ed.). (1972). Mental Measurements Yearbook. Buros Institute of Mental Measurements Yearbook. 7th Ed.

- Mehrens, William A. (1975). Measurement and Evaluation in Education and Psychology, 2nd. Ed., Rinehart and Winston, New York.

- Morrison, James, M.D.(1995). DSM-IV Made Easy. The Clinicians Guide to Diagnosis. The Guilford Press. New York & London.

- Oltmanns, T.F &Emery, R.E (1998): Abnormal Psychology .NJ: Prentice-Hall.

- Ray. Woolfe & Windy. D.(1996). Counseling Psychology, SAGE Publications , London.

- Rickey L. George. (1981). Theory, Methods and Processors of Counseling and Psychotherapy, Prentice – Hall,inc.Englewood Cliffs, New Jersey.

- Rimm, Masters. (1979). Behavior Modification for counseling centers, a guide to program development: American Personal & Guidance Association.

- Shelton.J. (1976). Behavior Modification for Counseling Centers.

- Smith, Jonathan C., (2002) Stress Management: A comprehensive Handbook of Techniques and Strategies Springer Pub.com. N .Y.



2010/26 ت:18/1/2010

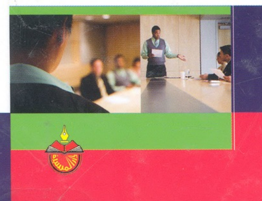



دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

التشخيص والتقييم في الإرشــاد

الدكتور
أحمد عبد اللطيف أبو أسعد

الدكتور
أحمد نـايل الغريــر



التشخيص والتقييم في الإرشاد




9789957064877

